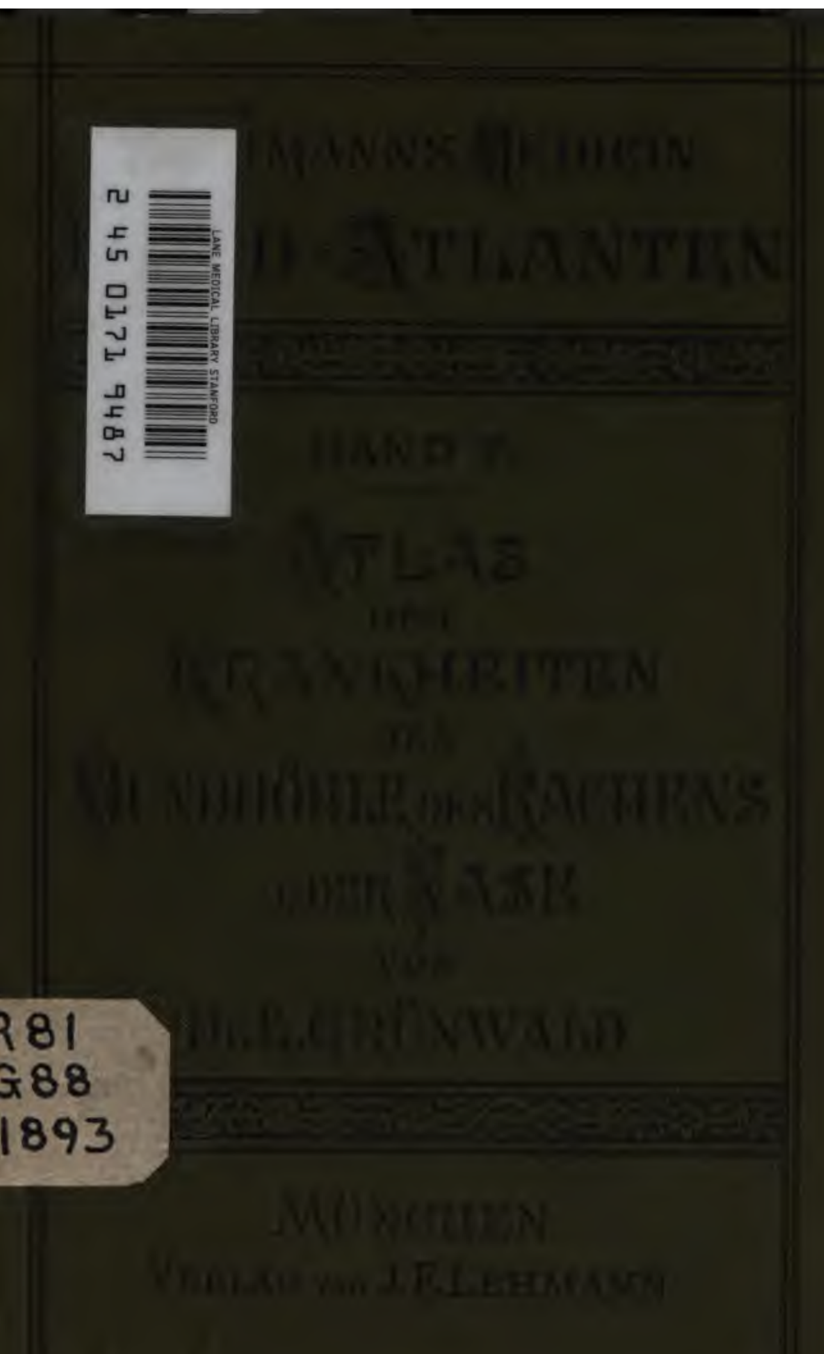

ATLANTEN
ATLAS
KRANKHEITEN
NASE
MÜNCHEN
VERLAG von J.F. LEHMANN

6—

Verlag von J. F. Lehmann in München.

Lehmann's medicin. Handatlanten.

Während Band I in Sedez zur Ausgabe kam, erscheint Band II und folg. in 8⁰ Format; diese Bände sind in 5—8 fachem prächtigem Farbendruck ausgeführt.



docent Dr. Kopp. Preis eleg. geb. ℳ 10.—.

d. VI. **Atlas der Geschlechtskrankheiten.** In circa 52 color. Tafeln herausgegeben von Privatdocent Dr. Kopp.
Preis eleg. geb. ℳ 6.—.

d. VII. **Atlas der Ophtalmoscopie.** Mit circa 80 colorirten Tafeln. Von Privatdocent Dr. Oeller Preis eleg. geb. ℳ 10.—.

d. VIII. **Atlas der Krankheiten des Ohres.** In circa 80 color. Illustrationen dargestellt von Dr. L. Grünwald. Preis eleg. geb. circa ℳ 5.—

LEHMANNS MEDICIN.

HAND-ATLANTEN.

Band IV

ATLAS

DER

KRANKHEITEN

DER

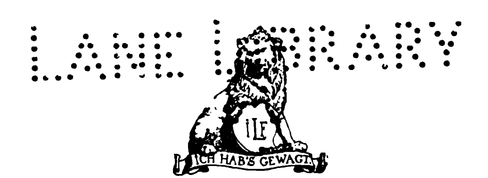
MUNDHÖHLE,

DES RACHENS UND DER NASE.

VON

DR. LUDWIG GRÜNWALD

IN MÜNCHEN.



MÜNCHEN 1893.

VERLAG VON J. F. LEHMANN.

VERTRETUNG FÜR DIE SCHWEIZ: E. SPEIDEL IN ZÜRICH.

Als mich der Herr Verleger dieses Werkes aufforderte, mich an der Herausgabe seiner Handatlanten-Sammlung zu beteiligen, verkannte ich nicht die Schwierigkeit, durch einen Atlas, wie er nunmehr vorliegt, in Concurrenz zu treten mit den vorzüglichen, auf ähnlichem Gebiete schon existirenden Werken. Ermutigt hat mich dazu nur die Erwägung, dass die Idee des Herrn Verlegers, durch billige Bildwerke auch weiteren Kreisen, insbesondere den Studirenden, die Anschaffung von Atlanten zu ermöglichen, unbedingt fruchtbringend sein müsse. Den Bedürfnissen dieser letzteren ist denn auch insbesondere Rechnung getragen, insoferne ich möglichst typische Fälle der einzelnen Krankheitsformen auswählte, unter Beiseitelassung der Curiosa und Raritäten, wie sie in grösseren Bildwerken eher Berechtigung haben. Meine Absicht war eben, den Anschauungsunterricht in unserer Disciplin zu fördern, zu zeigen, wie und was gesehen werden soll. In diesem Sinne ist denn auch der Text bearbeitet. So wie das geübte und erfahrene Auge aus den Bildern allein schon die Diagnose stellen soll, so soll auch aus der Beschreibung derselben allein für sich das Bild dem geistigen Auge wiedererstehen. Ich habe daher im Texte die Bilder genau so geschildert, wie ein geübter Untersucher objectiv einen Befund darstellen würde, so dass jeder Dritte daraus selbstständige Folgerungen ziehen kann. Natürlich konnte dieses Prinzip nur so weit durchgeführt werden, als die *optischen* Eigenschaften der vorgeführten Objecte allein

schon die zur Erkenntniss notwendigen Ingredienzien bilden. Wo dies nicht der Fall, habe ich die ergänzenden anderen Befunde in nötigem Umfange eingeschaltet. Alle pathologischen Varietäten anzuführen, ist ebenso unmöglich als unnötig; ich habe mich auf diejenigen beschränkt, welche neben praktischer Wichtigkeit vorzugsweise dem Auge ihre wichtigsten Erscheinungen darbieten. In diesem Sinne habe ich aber auch bei der Nase einige besonders fremdartige und nur unter besonderen Umständen zu Stande kommende Bilder herangezogen, um die auf diesem Gebiete so sehr wichtige Perspective hinreichend deutlich zu demonstriren.

Die Entstehung der Bilder anlangend, so habe ich die Mehrzahl derselben selbst gemalt, zwei (Fig. 8 und 53a) sind nach der Natur photographirt, eines (Fig. 40) entstammt dem bekannten Luschka'schen Atlas und Fig. 33 verdanke ich der gütigen Erlaubniss des Herrn Geheimrat Mikulicz, aus dessen Atlas ich es mit Einwilligung des Verlegers, Herrn Hirschwald, entnehmen durfte. Die meisten Bilder sind direct nach dem lebenden Objecte gezeichnet, einige musste ich nach älteren Zeichnungs-Skizzen ausführen.

Ob nun das Werk, wie es sich darstellt, auch die Forderungen, wie ich sie oben darlegte, zu erfüllen im Stande ist, muss der Leser entscheiden.

MÜNCHEN, im Juni 1893.

DER VERFASSER.



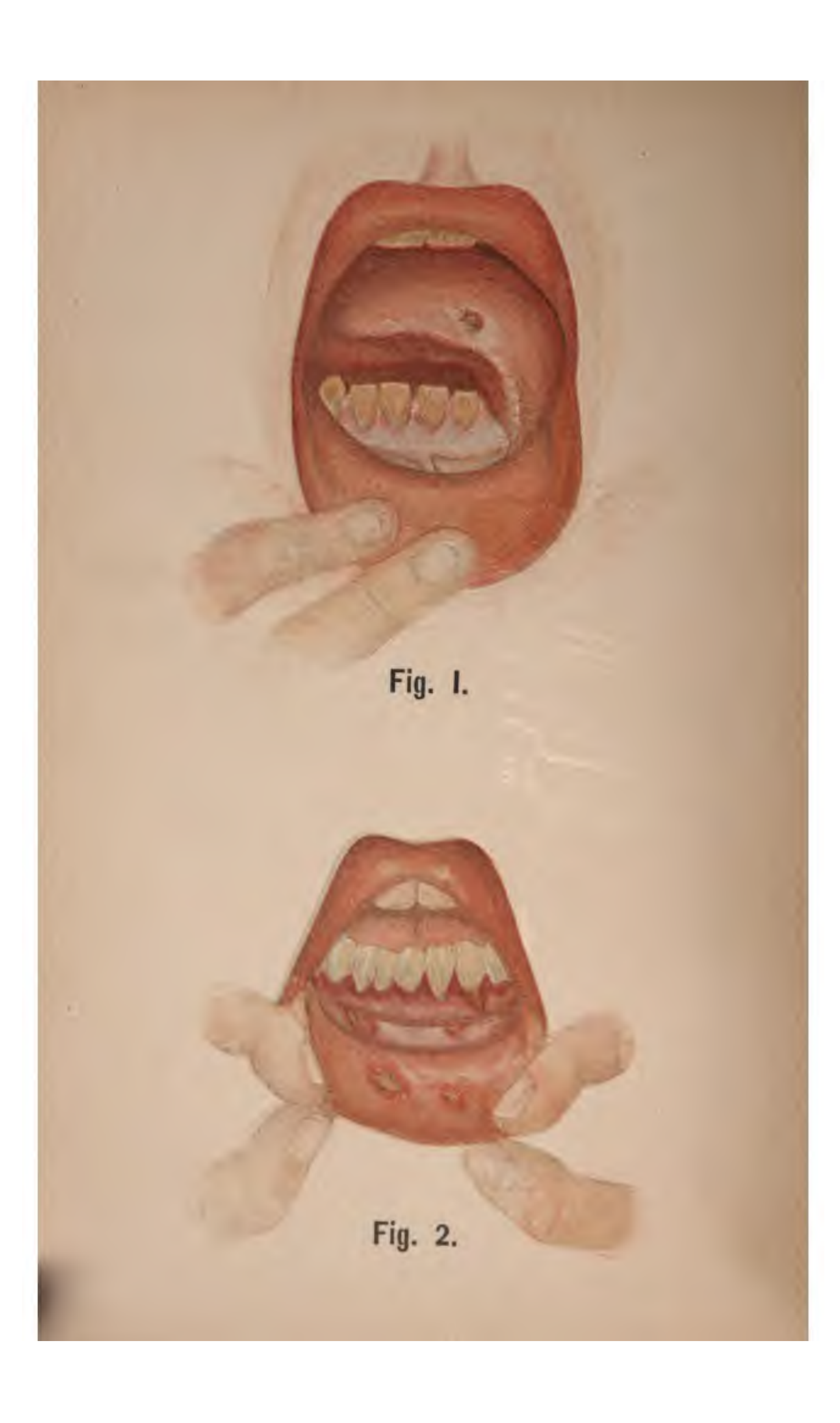


Fig. I.

Fig. 2.

Fig. 1. Das Zahnfleisch des Unterkiefers ist etwas geschwollen, livid verfärbt mit weisslichem Schimmer der Oberfläche, der Rand an den Zähnen ist lebhaft gerötet und stellenweise etwas weisslich verfärbt.

Dies sind die Erscheinungen der

Stomatitis catarrhalis,

wie sie durch mangelnde Mundpflege, starkes Rauchen etc., besonders gern aber bei fieberhaften Krankheiten und als Anfang einer mercuriellen Salivation auftritt.

Die in den linken Mundwinkel vorgestreckte Zunge zeigt leichte Schwellung der Randpartie und in der Mitte derselben einen oberflächlichen, von weisslich verfärbter Schleimhaut umgebenen, etwas unregelmässigen, graulich belegten Defect, ein

Decubitalgeschwür,

hervorgerufen durch Reiben des Zungenrandes an einem scharfen oder cariösen Zahn. Die weissliche Verfärbung ist hier ebenso wie am Zahnfleisch auf trübe Schwellung des Epithels zurückzuführen.

Fig. 2. Das Zahnfleisch des Unterkiefers ist geschwollen, livid, grenzt sich mit lebhaft rotem Saum von den Zähnen ab, an denen es nicht so hoch hinaufreicht, wie gewöhnlich, daher dieselben scheinbar verlängert sind. Am Uebergang zur Unterlippenschleimhaut und auf der nach unten umgeschlagenen Unterlippe selbst sind je zwei gelbbelegte, flache, ziemlich scharfrandige und von schmalem Entzündungshofe umgebene Defecte zu sehen. Das ganze Bild ist das eines heftigen Catarrhs und mit Hilfe der Anamnese als

Stomatitis mercurialis

zu erkennen. Die Geschwüre sind als decubitale aufzufassen, diejenigen am Zahnfleischrande sind durch Aetzwirkung des zwischen den geschwellten Schleimhäuten angehäuften Secretes entstanden, während diejenigen der Unterlippe selbst vornehmlich dem Druck seitens der Zähne zuzuschreiben sind. Solche Geschwüre entstehen allerdings nur bei hochgradiger Vernachlässigung oder besonders schwerer Hg-Intoxication, während die übrigen Entzündungserscheinungen sehr gewöhnlich bei nicht sorgsamer Mundpflege auftreten.

Fig. 3. Die Unterlippe ist mittels eines stumpfen Hakens nach unten gezogen. Rechts am • Uebergange derselben gegen die eigentliche Mundschleimhaut ist ein grösserer graugrün verfärbter Defect mit knollig gewulsteten und unterminirten Rändern zu sehen, in dessen leicht geröteter Umgebung sich mehrere stecknadelkopfgrosse gelbliche Knötchen zeigen. Links ein viel kleinerer Defect von ähnlichem Aussehen, doch noch ohne Randwulstung. Die noch von Schleimhaut überzogenen Randgranulationen sind besonders kennzeichnend für

Ulcera tuberculosa oris,

deren Diagnose oft schon allein aus diesem charakteristischen Anblick, anderemale allerdings nur aus anderen Befunden, wie Tuberkulose anderer Organe, Verlauf, Dauer etc. gewonnen werden kann. Bacillenbefund entscheidet nur in positivem Sinne, da derselbe in Folge Spärlichkeit der Bacillen auch bei öfteren Untersuchungen negativ ausfallen kann.

Fig. 4. Der kindliche Mund zeigt auf der Zunge, besonders am Rande, ferner am harten und weichen Gaumen und an der linksseitigen Wangenschleimhaut mehrere stecknadelkopf- bis kleinlinsengrosse, schmutziggelbe flache Auflagerungen, deren jede von einem schmalen, roten Hofe umgeben ist. Das Aussehen, die eigenthümliche, durch den Entzündungshof markirte Reaction, das regellose Zerstreutsein charakterisiren das Leiden als

Stomatitis aphthosa,

jene im Kindesalter bei mangelnder Mundpflege nicht seltene Affection, die höchst wahrscheinlich mycotischer Natur ist.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 7. Der linke Mundwinkel ist durch Haken ausgespannt. Am äusseren Rande des linken oberen 1. Backzahnes (I b) überragt eine etwa haselnussgrosse, ovale Geschwulst die folgenden Zähne. Nach oben wurzelt sie anscheinend im Zahnfleisch und reicht nach unten etwas über den Zahnrand hinunter. Ihr Rand ist glatt, wulstig und schneidet wallartig nach innen ab. Die centrale Fläche ist etwas dunkler gefärbt, leicht uneben. In der Projection des (nicht sichtbaren) zweiten Backzahnes sitzt über der Geschwulst ein kleines, offenbar losgelöstes Stück Knochen (Palpation). Sitz und Aussehen charakterisiren die Neubildung als

Epulis,

ein Name, der natürlich für die Natur der Geschwulst gar nichts besagt. Zur Feststellung derselben müssen daher andere Hilfsmittel (Anamnese, Nebenbefunde, Sondirung, mikroskopische Untersuchung) herangezogen werden.

Fig. 8. Die ziemlich dicke rundliche Zunge ist mit zahlreichen längs- und querverlaufenden, tiefen Einkerbungen bedeckt. (Die Farbe der Schleimhaut ist blass, nirgends sind Verfärbungen sichtbar.) Diese Einschnitte machen die Bezeichnung der Affection als

Lingua dissecata

verständlich. Es ist besser, diesen Ausdruck zu gebrauchen, als den der Glossitis dissecans, der nur gerechtfertigt ist, wenn es sich um chronische, interstitielle Entzündungen des Zungenparenchyms handelt, bei welchen auch derartige, doch ulceröse, tiefe Risse in der Substanz von grösster Schmerzhaftigkeit auftreten. Das Bild, wie das vorliegende, dagegen zeigt sich nur als Residuen einer solchen dissecirenden Entzündung oder als einfache Anomalie, insofern die normal schon vorhandenen Furchen der Zunge besonders stark vertieft sind.

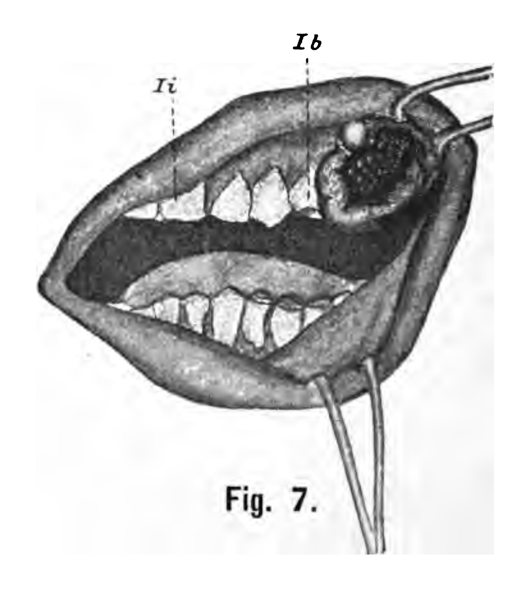


Fig. 7.



Fig. 8.

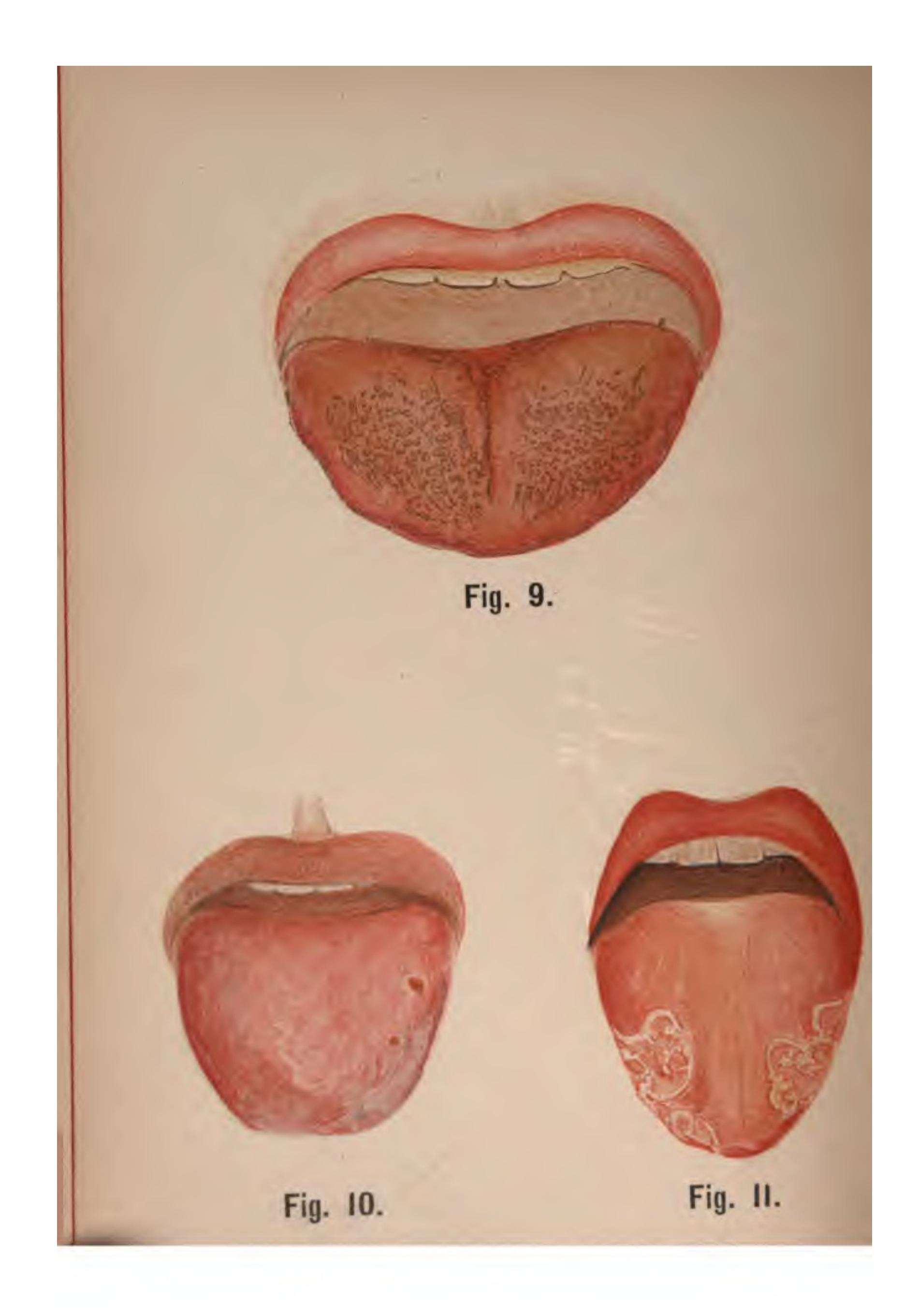


Fig. 9.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 9. Die herausgestreckte Zunge ist im Allgemeinen von braunroter Farbe, an den Rändern dunkler gerötet und auf der Fläche zu beiden Seiten der Mittellinie mit zahlreichen schwarzbraunen, haarartig ausgezogenen Excrescenzen besetzt. Dieselben entsprechen stark hypertrophirten und mit braunem Pigment angefüllten Papillae filiformes und charakterisiren die

Lingua nigra

oder Haarzunge, eine ätiologisch noch nicht aufgeklärte, auch nicht häufige Affection.

Fig. 10. Die im Allgemeinen ziemlich gerötete plumpe Zunge zeigt in der Mitte und am linken Rande streifige und bandförmige weisse Verfärbungen, durch welche zum Theil, besonders am Rand, das Zungenrot noch hindurchschimmert. Weiter hinauf sitzen innerhalb ebensolcher weisser Kreise zwei kleine gelbbraune flache Auflagerungen. — Die weissen Stellen sind entstanden durch Verhornungsvorgänge und Desquamationen im Epithel, die bräunlichen Flecken beruhen auf vorgeschrittener, mit Pigmentanhäufung einhergehender Verhornung; die ganze Affection kennzeichnet sich als

Leucoplakia linguae,

jene seltsame Krankheit, die auch als Psoriasis buccalis beschrieben, nach vieljährigem Bestehen mitunter in Carcinom ausartet. Von syphilitischen Papeln ist sie vor allem durch den chronischen Verlauf und die Resistenz gegen Antisyphilitica zu unterscheiden, beruht aber häufig auf chronischen Reizungen des Epithels, wie sie durch Syphilis und antiluetische Kuren veranlasst werden.

Fig. 11. Die Zunge ist in ihrer vorderen Hälfte bedeckt mit in eigenthümlich phantastischen Figuren verschlungenen, weissen bis weissgelben bandartigen Streifen, die man sich am besten als Berührungsfiguren zahlreicher Kreise vorstellen kann. Die eigenthümliche Färbung hat der Affection den Namen der

Lingua geographica

wegen der Aehnlichkeit der Zeichnung mit Landkartengrenzen eingetragen. — Zu unterscheiden ist dieselbe hauptsächlich von der Leukoplakie durch die Flüchtigkeit der Erscheinung, indem diese weissen Figuren mit grosser Geschwindigkeit ihren Standort wechseln, oft nach wenigen Tagen schon an anderen Stellen aufzufinden sind.

Fig. 12. Die herausgestreckte Zunge zeigt in der Mitte ihrer Basis eine flachrunde, etwas höckerige Erhabenheit von bläulichroter Farbe, umgeben von mehreren erweiterten Gefässen. Das Bild allein würde noch nicht genügen, um die Diagnose **Gumma linguae** zu begründen, wenn nicht noch durch die Palpation der Sitz des Tumors in der Zungensubstanz selbst und anamnestisch eine verhältnissmässig rasche Entstehung desselben festgestellt werden kann. Uebrigens ist die Differentialdiagnose gegenüber Neoplasma in solchen Fällen häufig nur ex juvantibus zu stellen. Vom Abscess unterscheidet sich das Gumma durch den Verlauf, insofern es weniger schmerzhaft ist und, falls auch Ulceration eintritt, nie im Ganzen collabirt, wie ein Abscess, sondern ein starres Infiltrat als Geschwürsgrund behält.

Fig. 13. Der rechten Zungenhälfte sitzt am Rande ein etwa wallnussgrosser, mässig erhabener Tumor von weissroter Farbe, uneben höckeriger Oberfläche auf, dessen Begrenzung gegen die normalen Partien hin verwaschen ist. Das Bild allein schon erregt daher Verdacht auf Malignität, das **Carcinoma linguae** ist leicht erkennbar; allerdings muss man sich bei kleineren derartigen Geschwülsten vor Verwechselung mit gutartigen Neubildungen sehr hüten, da auch diese durch Reiben an den Zähnen u. dgl. leicht ulceriren und zerklüftet werden. Daher ist zur Fixirung der Diagnose noch die Anamnese, dann Untersuchung auf Consistenz, feste Abgrenzung, Drüsen und eventuell Probeexcision zur mikroskop. Untersuchung erforderlich.

Fig. 14. Es liegt ein (verkehrtes) Spiegelbild der hintersten Zungen- und vorderen Kehlkopfpartien vor. Vom Kehlkopf sieht man die Stimmbandcommissur und die Epiglottis. Letztere ist in der Mitte überlagert von einem wulstigen, vielfach eingekerbten, etwa haselnussgrossen Tumor mit wellenförmigen Rändern, der von der Basis der Zunge hinter dem Drüsen-V ausgeht. Sitz und Bau charakterisiren denselben als

Hypertrophia tonsillae lingualis.

Dies an der Zungenbasis befindliche lymphadenoide Gewebe, die sogenannte vierte oder Zungentonsille, hypertrophirt nicht selten, auch bis zu noch grösserem Umfange, und macht durch Anstossen an benachbarte Theile, *wie hier an die* Epiglottis, Beschwerden.



Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.

Fig. 17. Die kindlichen Rachenorgane zeigen sehr lebhafte Schwellung und düstere Rötung. Mandeln und Zäpfchen stossen in Folge dessen beinahe zusammen. Dieselben, sowie die Rachenhinterwand sind grossentheils bedeckt mit graugelben Auflagerungen. Alle diese Erscheinungen sind charakteristisch für

Diphtheria faucium,

als deren weitere Merkmale sich noch hinzugesellen: schwere Abziehbarkeit der Membranen, Schwerbeweglichkeit des Gaumensegels und sehr frühzeitiges Auftreten der Membranbildung.

Die Beläge wechseln übrigens in der Farbe von reinem Weiss durch Graugrün bis zum (gangränösen) Schwarzgrünen. Ob specifische oder Staphylococcendiphtherie vorliegt, entscheidet ausser dem klinischen Verlauf nur die bacteriologische Untersuchung.

Fig. 18. Die linke Hälfte des weichen Gaumens ist bis zur Basis hinab so stark geschwellt, dass die Mandel ganz verschwunden und die durch die Schwellung ganz difforme Uvula stark nach rechts hinübergedrängt ist. Die Schleimhaut ist prall vorgewölbt und dunkel gerötet. Die Wölbung ist am stärksten in der Gegend des oberen Poles der (unsichtbaren) Mandel, denn hier wird der

Peritonsillarabscess

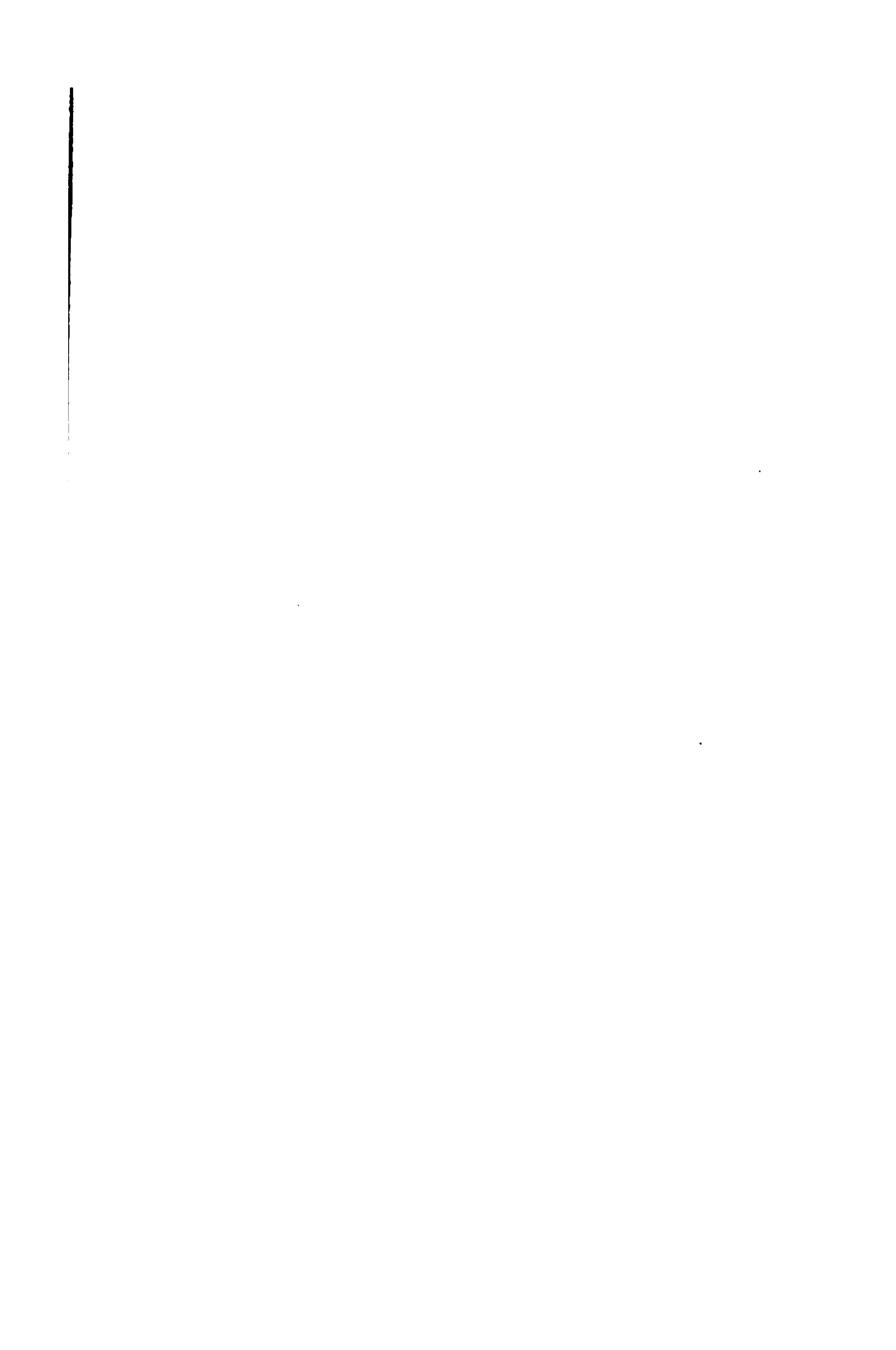
seinen Durchbruch suchen.



Fig. 17.



Fig. 18.





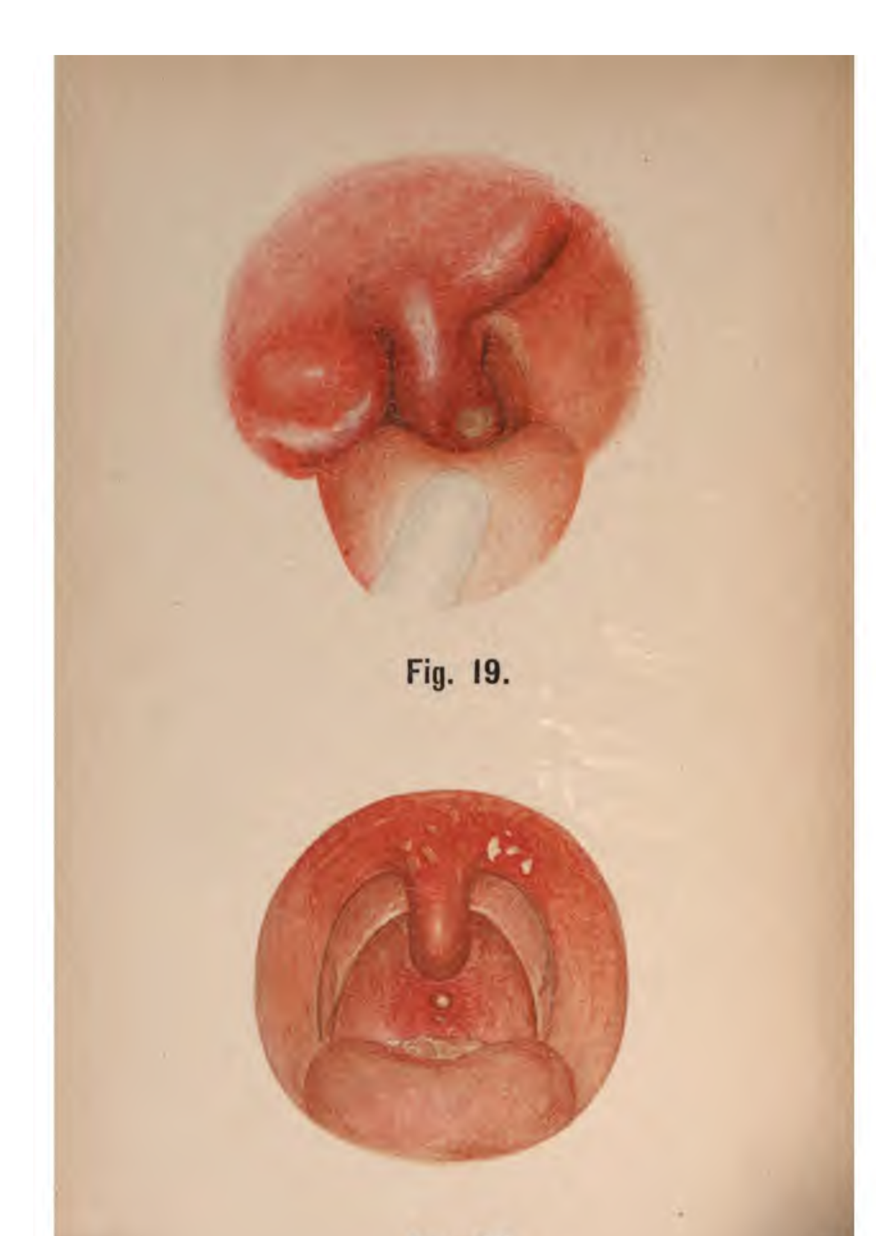


Fig. 19.

Fig. 20.

Fig. 19. Das Velum ist insbesondere in seiner rechten Hälfte mitsammt den rechten vorderen Gaumenbögen sehr stark geschwollen, hochroth, glänzend, gespannt und ebenso die Uvula. Letztere reicht bis zur Zunge herunter, ist stark difformirt und trägt an der Spitze eine gelbliche blasige Vorwölbung. Die Schwellung des Velum schneidet scharf nach links ab. Diese heftige ödematöse Entzündung ist bedingt durch

Erysipelas pharyngis,

welches im gegebenen Falle als solches zu erkennen sowohl aus dem Bilde, als auch aus der Temperaturcurve, Schüttelfrösten etc. gelingen wird.

Fig. 20. Im Rachen sieht man drei Gruppen von Efflorescenzen auf stark gerötetem, flachen Grunde. Auf der Rachenhinterwand sitzen zwei kleine gelbe Bläschen, auf dem Velum oberhalb der Uvula rechts mehrere gelbbelegte, flache Defecte, links eine Anzahl kleiner weisser Auflagerungen. Die heerdweise Gruppirung im Verein mit der starken entzündlichen Reaction sind kennzeichnend für den

Herpes pharyngis,

den uns die Abbildung in seinen drei Hauptstadien, dem der Bläschenbildung, der fibrinösen Exsudation aus den geborstenen Bläschen und der Geschwürsbildung vorführt. Diese Stadien sind natürlich zeitlich getrennt, so dass nur bei dem nicht seltenen Vorgange des Neuaufschiessens herpetischer Eruptionen neben den alten mehrere Stadien gleichzeitig beobachtet werden können. Das (sonst so charakteristische) Bläschenstadium ist so kurzdauernd, dass es sehr selten, fast nie zur Kenntnissnahme gelangt. Daher ist bei der Diagnose der grösste Werth auf die Gruppirung der Eruptionen zu legen (abgesehen vom Verlauf und den Begleiterscheinungen, wie Schüttelfrost, intermittirendes Fieber und Schmerzen).

Fig. 19.



Fig. 20.

Fig. 19. Das Velum ist insbesondere in seiner rechten Hälfte mitsammt dem rechten vorderen Gaumenbogen sehr stark geschwollen, hochrot, glänzend, gespannt und ebenso die Uvula. Letztere reicht bis zur Zunge herunter, ist stark difformirt und trägt an der Spitze eine gelbliche blasige Vorwölbung. Die Schwellung des Velum schneidet scharf nach links ab. Diese heftige ödematöse Entzündung ist bedingt durch

Erysipelas pharyngis,

welches im gegebenen Falle als solches zu erkennen sowohl aus dem Bilde, als auch aus der Temperaturcurve, Schüttelfrösten etc. gelingen wird.

Fig. 20. Im Rachen sieht man drei Gruppen von Efflorescenzen auf stark gerötetem, flachen Grunde. Auf der Rachenhinterwand sitzen zwei kleine gelbe Bläschen, auf dem Velum oberhalb der Uvula rechts mehrere gelbbelegte, flache Defecte, links eine Anzahl kleiner weisser Auflagerungen. Die heerdweise Gruppirung im Verein mit der starken entzündlichen Reaction sind kennzeichnend für den

Herpes pharyngis,

den uns die Abbildung in seinen drei Hauptstadien, dem der Bläschenbildung, der fibrinösen Exsudation aus den geborstenen Bläschen und der Geschwürsbildung vorführt. Diese Stadien sind natürlich zeitlich getrennt, so dass nur bei dem nicht seltenen Vorgange des Neuaufschiessens herpetischer Eruptionen neben den alten mehrere Stadien gleichzeitig beobachtet werden können. Das (sonst so charakteristische) Bläschenstadium ist so kurzdauernd, dass es sehr selten, fast nie zur Kenntnissnahme gelangt. Daher ist bei der Diagnose der grösste Wert auf die Gruppirung der Eruptionen zu legen (abgesehen vom Verlauf und den Begleiterscheinungen, wie Schüttelfrost, intermittirendes Fieber und Schmerzen).

Fig. 21. Beide Mandeln, besonders die linke, sind leicht geschwellt und gerötet, zeigen an der medianen Partie einen zart milchweissen, durchscheinenden Belag, an einigen Stellen durch grünlichgelbe Verfärbungen unterbrochen. Ein ebensolcher erstreckt sich auf den rechten hinteren Gaumenbogen und einige gleiche zeigt die Zungenspitze auf. Die Zartheit des Belages mit der durch die Verfärbungen angedeuteten Hinneigung zur Geschwürsbildung, das multiple Auftreten mit Ausserachtlassung der Hinterwand helfen das Bild der

Plaques muquense

oder syphilitischen Papeln construiren. Von Diphtherie unterscheidet ausserdem die nicht so rapide Entstehung, der (gewöhnliche) Mangel an Fieber etc. und der chronische Verlauf. Soor unterscheidet sich durch Mycelbefund, abgesehen von dem mehr zerstreuten Auftreten der Flecken bei letzterer Mycose.

Als Reste mercurieller Stomatitis treten oft gleiche, doch viel hartnäckigere Flecken auf, die durch Anamnese zu unterscheiden sind.

Fig. 22. Dieses Bild dient zur Illustration der Täuschungen, wie sie bei der Betrachtung des Rachens und benachbarter Schleimhäute sich ergeben können. Durch deutlich verlaufende Gefässe sind an der Uvula und dem rechten hinteren Gaumenbogen anämische Partien der Schleimhaut gegen etwas mehr gerötete scharf abgegrenzt, so dass sie den Eindruck des Fremdartigen, nicht Normalen erwecken. In Wirklichkeit tritt dieser Eindruck bei Lampenbeleuchtung mitunter derart stark hervor, dass ein ungeübtes Auge zur Verwechselung solcher Stellen mit leichten, weissen Auflagerungen, insbesondere mit syphilitischen Plaques, verführt wird. Bei Tageslicht klärt sich der Irrthum leichter.

Die herausgestreckte Zunge zeigt dicht aneinander gereihte flache, etwas concave Eindrücke am Rande, hervorgebracht durch den Druck der Zähne. Solche

Zahneindrücke

treten besonders gern bei torpidem, schlaffem Anlehnen der Zunge an die Zähne (in Folge schwerer Krankheiten oder Psychosen), aber auch bei leichten Schwellungen der Mundschleimhaut gelegentlich von Verdauungsstörungen oder mangelhafter Mundpflege auf.

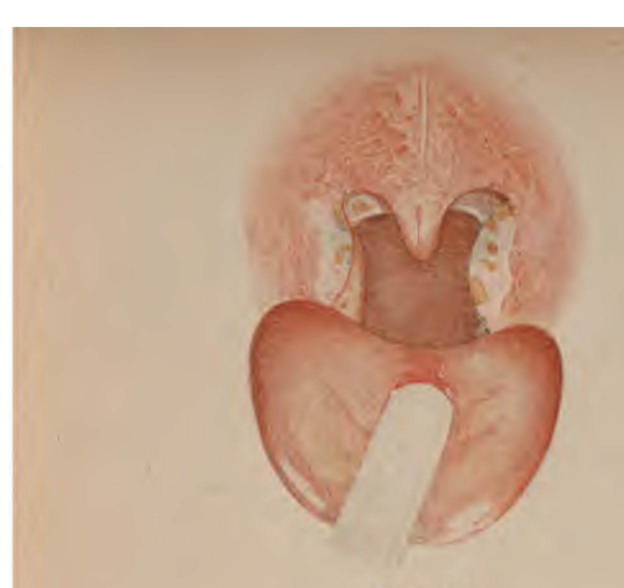


Fig. 21.



Fig. 22.





Fig. 23.



Fig. 24.



Fig. 25.

Fig. 23. Der weiche Gaumen nebst Zäpfchen sind stark gerötet, sammetartig gelockert und tragen massenhafte fleckige Auflagerungen von milchweisser Farbe, theils durchscheinend, theils dichter, in regelloser Anordnung. Einige haben sich bis auf den linken hinteren Gaumenbogen hinter die Mandel verirrt. Nirgends ist die Schleimhaut geschwürig verändert. Das Bild ist charakteristisch für

Soor pharyngis

Die Auflagerungen bestehen aus Mycelien des Oïdium albicans und gequollenen Epithelien, lassen sich jedoch trotz ihres oberflächlichen Sitzes nur schwer und unter Blutung wegwischen.

Gewöhnlich kommt diese Mycose bei Kindern und dann meist in den vorderen Mundpartien vor. Die Abbildung hier stellt einen jener im Rachen localisirten Fälle vor, wie sie mitunter bei Erwachsenen beobachtet werden. Das Bild ist bei Kindern genau ebenso.

Fig. 24. In dem zahnlosen Munde, offenbar dem eines Säuglings, sieht man auf dem harten Gaumen beiderseits von der Mittellinie zwischen dieser und dem Hinterende des Alveolarfortsatzes je eine krankhaft veränderte Stelle. Rechts charakterisirt sich dieselbe als eine Gruppe leicht erhabener milchweisser, unregelmässiger, stecknadelkopfgrosser Flecken, während links sich ein gelbweiss belegter, linsengrosser Defect mit leicht erhabenem, dunkelrotem Rande zeigt. Der Sitz dieser Affection und ihr Aussehen charakterisirt sie als

Bednar'sche Aphthen,

welche hier in zwei Stadien, die sonst nur nacheinander beobachtet werden, vorgeführt sind. Die Gruppe von Flecken zeigt die frühe Erscheinung, während links die Confluenz dieser Knötchen und das Hinzukommen fibrinöser Exsudation die solitäre Aphthe hervorgebracht hat. Diese Affection tritt immer nur an der gleichen Stelle, welche anatomisch durch die Vorwölbung der Gaumenschleimhaut über dem processus pterygoïdeus gekennzeichnet wird, auf, und zwar ist diese Lokalisation, trotz der hohen Wahrscheinlichkeit der mycotischen Aetiologie dieser Aphthen, bedingt durch den mechanischen Reiz, den das Auswischen des Mundes gerade an dieser Stelle, wegen des unterliegenden Knochens, hervorbringen muss.

Fig. 25. In dem nicht geröteten, eher blassen Rachen sieht man an den Tonsillen, den vorderen Gaumenbögen und der Zungentonsille massenhafte kleine gelbweisse, etwas prominente Auflagerungen. Die Sondirung würde ergeben, dass dieselben als rundliche Körperchen von mürber Consistenz herausgeschält werden können (was sie als fremdartige Einlagerungen erkennen lässt), woraus unschwer die Affection als

Pharyngomycosis leptothricia

diagnosticirt werden kann.

Die Körnchen bestehen hauptsächlich aus den Mycelien und Gonidien von Leptothrix buccalis und eingedickten Secretmassen, auch Verkalkungen derselben.

Fig. 26. Der normalgefärbte Rachen zeigt an der Hinterwand mehrere rundliche bis ovale und längliche, leicht gerötete Erhabenheiten; beiderseits hinter den arcus palatopharyngei ziehen sich ebensolche wurstartig hinunter.

Dieselben zeigen übrigens den Glanz und die Farbe der umgebenden Schleimhaut. Die

Pharyngitis granulosa und lateralis hypertrophica,

wie man die Affection nicht ganz richtig, denn es handelt sich nicht um Entzündungen, zu benennen pflegt, producirt diese submucösen Wucherungen, denen in den seitlichen Wulsten eine Hypertrophie der plicae salpingopharyngeae zu Grunde liegt.

Fig. 27. In der Mitte des weichen Gaumens bis hinauf zum harten zeigt sich eine sehr lebhafte dunkle Rötung. Das Zäpfchen ist plump geschwollen. Auf seiner Basis sitzt ein scharfrandiger, tiefer, nach unten zu flacher werdender und daselbst gelb belegter Defect von etwa Weizenkorngrösse. Ein ähnlicher, jedoch in vollem Umfang vertiefter, sitzt weiter links oben.

Schwellung, intensive Rötung und Scharfrandigkeit dieser Substanzverluste erlauben uns sofort, die Diagnose auf

Ulcera syphilitica palati mollis

zu stellen. Die Sondirung wird die bereits erfolgte Perforation nachweisen.



Fig. 26.



Fig. 27.



Fig. 28.



Fig. 29.

Fig. 28. Die linke Tonsille ist sehr stark geschwollen, lebhaft gerötet, ebenso der linke vordere Gaumenbogen. An der Medianfläche zeigt sie zwei scharfrandige, gelblich belegte Defecte, auf der Vorderfläche einen ebenfalls scharfbegrenzten, doch nicht unter dem Niveau der Schleimhaut gelegenen Fleck. Die Einseitigkeit und das Aussehen der Geschwüre entspricht dem Bilde der

Ulcera syphilitica tonsillae.

Fig. 29. In dem vorderen rechten Gaumenbogen ist ein länglich ovaler glattrandiger Defect zu sehen, umgeben von blasser, sonst normal aussehender Schleimhaut. Ein ähnlicher sitzt höher am weichen Gaumen über der Uvula, doch ist um ihn herum die Schleimhaut in straffe, blasse Falten gezogen. Ebensolche sternförmig verlaufende Falten finden sich in der Mitte der Hinterwand und am linken Gaumenbogen, der durch diese Stränge mit der Hinterwand fest verwachsen ist, wodurch das ganze Velum nach links verzogen erscheint. Vom Zäpfchen ist nur mehr eine Andeutung in Form einer leichten welligen Erhebung zu sehen. Im übrigen fällt die Blässe des ganzen Rachens auf. Die Defecte sind Perforationen, die Falten harte Narbenstränge, wie solche Gebilde als

Residuen syphilitischer Geschwüre

gefunden werden. Das Reinliche der Defecte, die Härte und Weisse der Narben, die allgemeine Blässe sind charakteristisch.

Fig. 30. Die Rachenhinterwand ist hoch hinauf durch Abziehen des Gaumensegels mittels eines Hakens sichtbar gemacht. Dieselbe ist gegen links zu bläulichrot verfärbt und flach geschwellt. Auf der Schwellung sieht man zwei Defecte mit scharfen glatten Rändern und missfarben gelblichem Belag, von deren unterem ein Eiterbelag herabfliesst. Die Scharfrandigkeit und die basale Schwellung, sowie die Einseitigkeit der Affection charakterisiren dieselben als

Syphilitische Geschwüre

und zwar gehören dieselben der tertiären Periode an. Das obere ist nur halb sichtbar und ist ganz analog dem unteren beschaffen.

Fig. 31. Hinter dem Gaumensegel, welches durch einen Haken abgezogen ist, zieht sich auf der hinteren Rachenwand eine die ganze Breite derselben einnehmende, nach unten ziemlich scharf abgegrenzte, flache Anschwellung mit derbhöckeriger, rot und gelb gesprenkelter Oberfläche und zwei graugelb verfärbten oberflächlichen Defecten. Das Aussehen kennzeichnet schon die Anschwellung als malignen Tumor, als

Carcinoma pharyngis,

welches, im Nasenrachenraum entsprungen, seine untersten Ausläufer bis in's Bereich der direkten Sichtbarkeit geschickt hat. Es versteht sich, dass zur Sicherung der Diagnose alle übrigen Momente (Alter, Verlauf, Drüsen, eventuell mikroskop. Untersuchung) in üblicher Weise in Beachtung gezogen werden müssen.

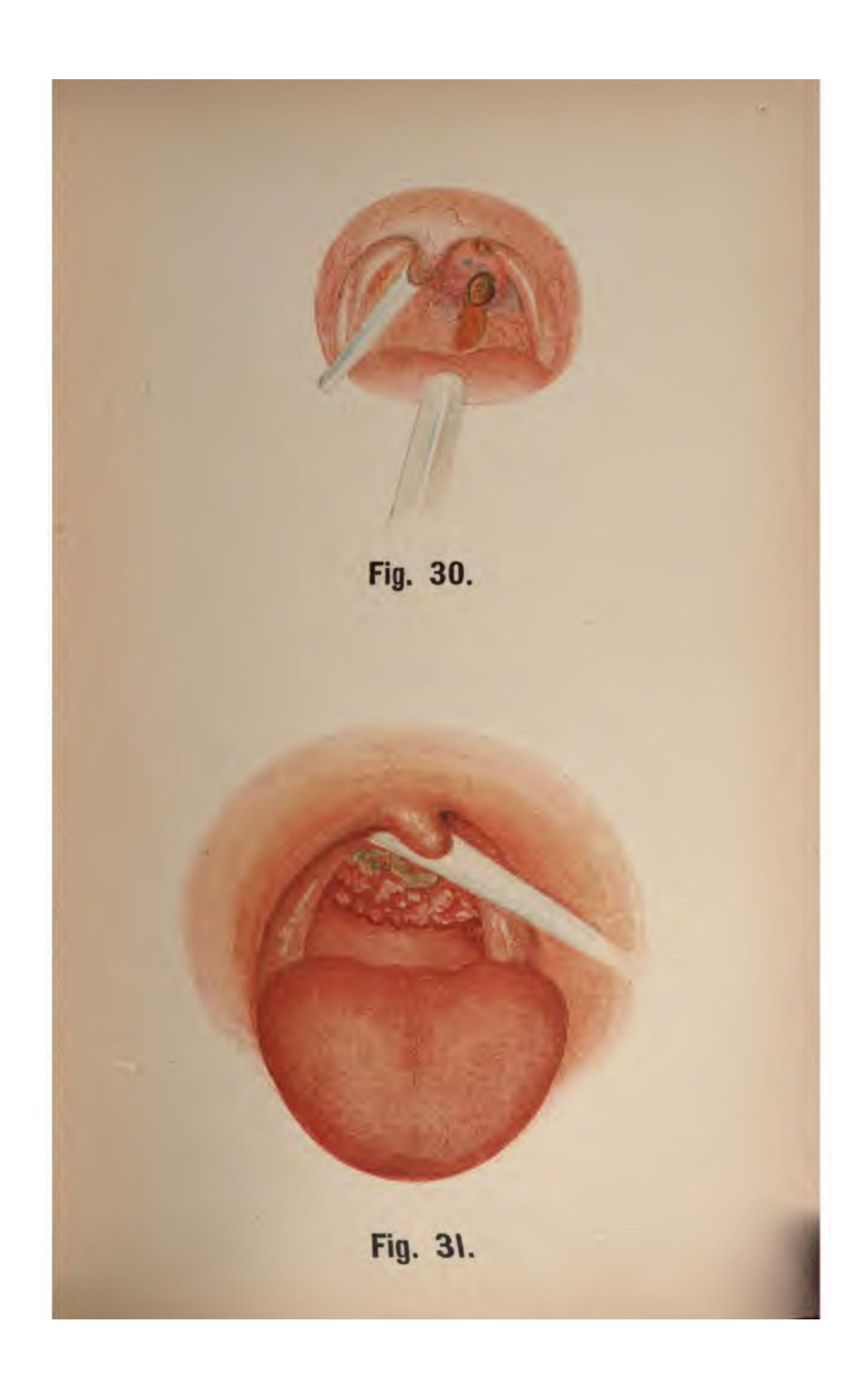


Fig. 30.

Fig. 31.





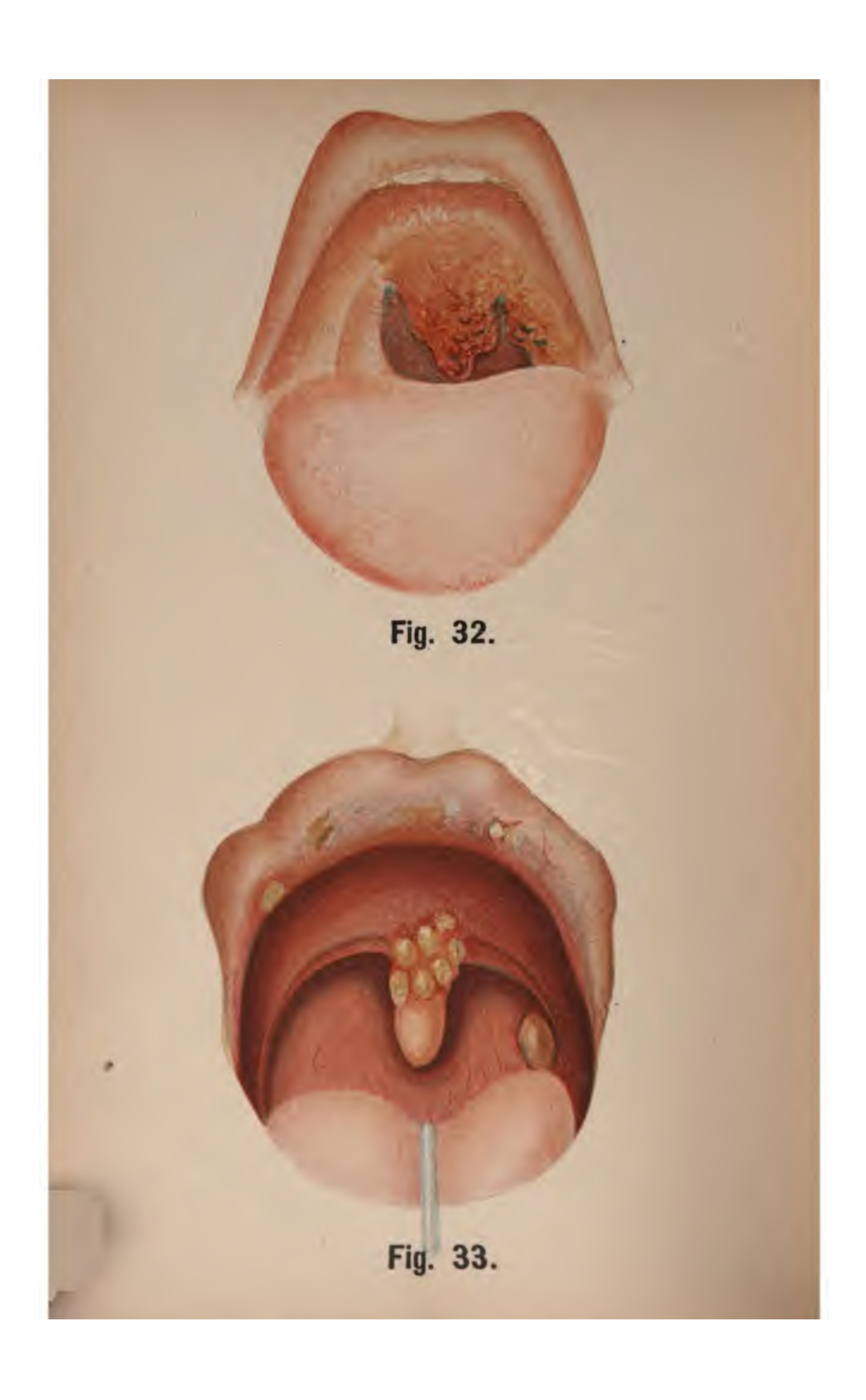


Fig. 32.

Fig. 33.

Fig. 32. Das Zäpfchen ist, besonders nach links hin, stark verdickt und difform. seine Oberfläche zeigt zahlreiche kleinhöckerige dunkelrote Unebenheiten mit weichen Contouren, ebensolche sitzen auf dem linken vorderen Gaumenbogen, der in Folge dieser Verdickungen fast an die Uvula anstösst. Weiter hinauf am weichen Gaumen zeigen sich zahlreiche kleine gelbgraue Knötchen. Es handelt sich um

Tuberculosis pharyngis lupöser Form,

welche sich ausser durch diesen Anblick durch Nebenbefunde (Tuberkulose anderer Organe), Anamnese und Verlauf, häufig aber nur durch den anatomischen Befund von Lues, Carcinom etc. unterscheidet.

Die Differentialdiagnose gehört daher bei dieser Erkrankung zu den schwierigsten.

Fig. 33. Die Oberlippe ist unregelmässig knotig verdickt, am Rande mit seichten, rhagadenartigen, gelbgrünlich belegten Defecten besetzt. Der weiche Gaumen ist düster gerötet, auf der Rachenhinterwand unmittelbar hinter dem linken hinteren Gaumenbogen sitzt ein ovales erbsengrosses, gelbes, matt glänzendes Knötchen: auf der Uvula, umgeben von einem leichten roten Hofe, eine ganze Gruppe ebensolcher, etwas kleinerer. Diese Erscheinungen sind durch

Lepra im frühen Stadium

verursacht, sogenannte L. tuberosa. Unschwer wird man den Unterschied zwischen diesem Bilde und der knötchenförmigen tuberculösen Infiltration im vorigen Bilde erkennen: Abgrenzung der Knötchen gegen einander, Grösse derselben und wachsgelbes Aussehen sind die Hauptunterschiede.

Fig. 34. Beide Mandeln sind stark vergrössert, überragen erheblich die Gaumennische, sind grobhöckerig, zerklüftet, hier und da mit bläschenartigen Anschwellungen bedeckt, im Ganzen ziemlich blass. Die einfache

Hypertrophia tonsillarum,

wie sie sich hier darstellt, entsteht meistens nach häufigen Anginen, als deren Ueberreste insbesondere jene Bläschen anzusehen sind, deren Inhalt aus consistentem, oft verkalktem Eiter besteht. In den tiefen, zwischen den Läppchen verborgenen Klüften verstecken sich gerne weitere Concrement- und Schleimeitermassen.

Fig. 35. Das anämische Velum ist mitsammt der Uvula stark nach links verzogen in Folge der starken Ausdehnung der linken Gaumennische durch einen gelbweissen, gewellten, glatten Tumor, der an Stelle der Mandel sitzt und nach vorne die Zungenbasis überragt, nach hinten an die Rachenhinterwand anstösst. Stark erweiterte Venen ziehen über denselben herunter. Seine Ueberkleidung bietet das gleiche Aussehen in Farbe und Glanz wie die benachbarte Schleimhaut. Dies deutet darauf hin, dass trotz des gewaltigen Wachsthums kein Oberflächenzerfall eingetreten ist. Die Einseitigkeit der rasch gewachsenen, derben Geschwulst deutet auf Malignität (was durch Lymphdrüsenaffection am Halse bestätigt wird), es ist ein

primäres Sarcom der Tonsille,

welche Diagnose in anatomischer Beziehung allerdings erst nach einer Probeexcision gestellt werden kann.



Fig. 34.



Fig. 35.



Fig. 36.



Fig. 37.

Fig. 36. Die Stelle der rechten Mandel ist eingenommen durch eine etwa wallnussgrosse, ungleichmässig derbhöckerige, fast knollige, dunkelrothe Geschwulst, welche ohne feste Begrenzung nach unten in die Zunge, nach oben in das Velum übergeht; der hintere Gaumenbogen, soweit sichtbar, ist verdickt und ebenfalls etwas gerötet. Auf der Vorderfläche der Geschwulst sieht man mehrere seichte, gelbgrünlich gefärbte Defecte. Stark erweiterte Venen überziehen und umgeben die Geschwulst. Das Aussehen allein im Verein mit der Einseitigkeit genügt schon zur Diagnose einer malignen Neubildung, und zwar eines

Carcinoma tonsillae.

Bestätigung wird erholt durch Anamnese, Verlauf, Constatirung von Drüsenschwellungen, anderweitigen Metastasen und im Notfalle Probeexcision von Partikeln zur mikroskopischen Untersuchung.

Fig. 37. Rechts neben der Uvula sitzt in der Nische zwischen den Gaumenbögen eine halbbohnengrosse, blumenkohlartig eingekerbte, rundliche Geschwulst, ein

Papilloma veli palitani,

dessen Gutartigkeit sich insbesondere noch dadurch erweisen lässt, dass man mit der Sonde seinen eng begrenzten Stiel abtasten kann.

Ferner sieht man auf dem linken vorderen Gaumenbogen nahe der Zungenbasis eine erbsengrosse, glatte, rundliche, etwas scharfkantige Geschwulst in den Mund hereinragen. Dieselbe sieht in Glanz und Farbe der normalen Schleimhaut gleich. Es handelt sich um ein Gebilde, welches man als verirrte

Papilla foliata

deutet, eine congenitale Missbildung, deren Bau den seitlich auf der Zunge vorkommenden Papillen gleicht.

Fig. 38. Die mehr als gewöhnlich dicke Uvula reicht zapfenförmig bis zur Zungenbasis hinunter, diese berührend. Die Glätte derselben im Verein mit dem Mangel jeder Veränderung in dem Contour erlauben uns, diese Vergrösserung als reine

Hypertrophia uvulae

anzusprechen.

Am linken Rande in der Mitte der Länge entspringt weiterhin vom Zäpfchen ein regenwurmartiges, glattes, glänzendes Gebilde von Stopfnadeldicke und durchweg gleichmässigem Umfange, ein

Fibroma pendulum,

welche Geschwulst, nicht allzu selten vorkommend, häufig der Beobachtung dadurch entgeht, dass sie an der Uvula bei Bewegungen derselben festklebt und wegen der ganz gleichen Farbe und geringen Niveauverschiedenheit dann dem Blick verschwindet.

Fig. 39. Das Zäpfchen ist von etwa dem untersten Drittel an in zwei Theile gespalten, so dass scheinbar zwei kleinere Zäpfchen vorhanden sind. Diese angeborene Difformität trägt den Namen

Uvula bifida

und hat diagnostisches Interesse nur wegen den möglichen Verwechselungen mit Neubildungen, von denen sie sich leicht durch die Symmetrie und, in Bezug auf Consistenz und Aussehen der Schleimhaut, gleiche Beschaffenheit mit der Umgebung unterscheidet. — Ausserdem sieht man auf der Rachenhinterwand hinter dem Velum wellige Erhabenheiten herabsteigen, es sind dies die untersten Ausläufer von

adenoiden Vegetationen,

wie solche mitunter bei starker Ausbreitung dieser Geschwülste schon bei der einfachen Racheninspection zu Gesicht kommen. Auch sie tragen das Aussehen und den Glanz normaler Schleimhaut. Am Grund der Zunge ist durch das Niederdrücken die

vergrösserte Zungentonsille

sichtbar geworden (s. Fig. 14).

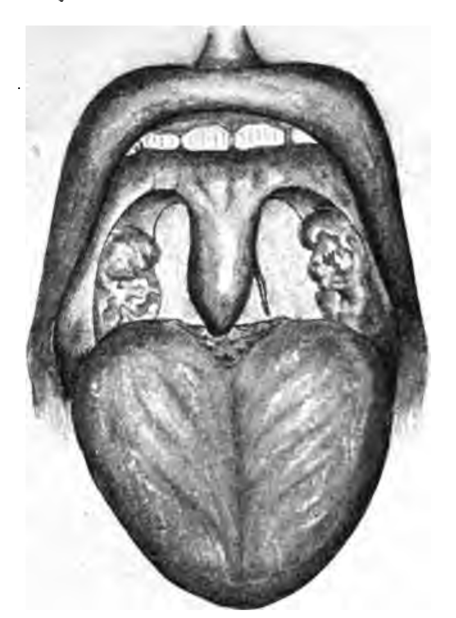


Fig. 38.

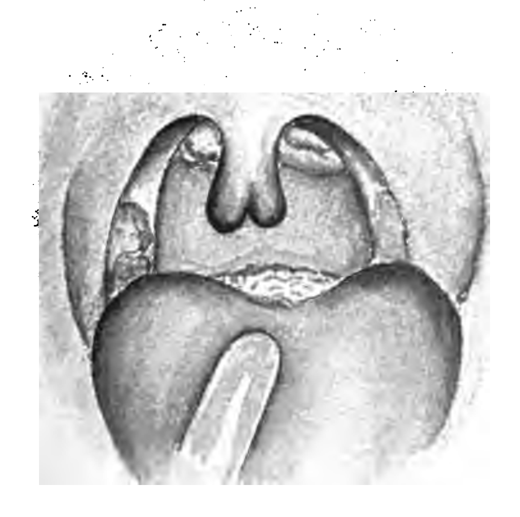


Fig. 39



Fig. 40.

Fig. 40. Sagittalschnitt auf der rechten Seite des Septum nasium.

S Stirnhöhle, *K* Keilbeinhöhle, *o* obere, *m* mittlere, *u* untere Muschel, *m* Mandel, *r* Recessus im adenoïden Gewebe des Nasenrachenraumes, *o* Tubenostium, *t* Tubenwulst, *f* Fornix des Rachengewölbes.

Fig. 41. Rhinoskopisches Bild des Nasenrachenraumes.

Bei der rhinoskopischen Besichtigung ist zu beachten, dass, gemäss perspektivischen Gesetzen, die Lagerung der Theile zu einander sehr verändert gegenüber der anatomischen Betrachtung erscheint und dass die näher gelegenen Partien sich unverhältnissmässig vergrössert darstellen. Dies gilt besonders für die Tube. Während sie in Wirklichkeit auf dem Horizonte der unteren Muschel (s. Fig. 40) liegt, erscheint sie hier bis zur oberen Muschel hinauf projicirt. Wir sehen zunächst (als immer aufzusuchenden Orientirungspunkt) das Septum, *s*, zwischen den Choanen, *Ch*, herabziehen, im obersten Theil spindelförmig sich verdickend. (Diese Verdickung ist nicht immer vorhanden.) Innerhalb der Choanen die hinteren Enden der drei Muschelpaare. Gegenüber den mittleren Muscheln liegen die Tubenmündungen, *o*, nach vorn begrenzt von der plica salpingo-palatina, *sp*, nach hinten von dem dickkolbigen Tubenwulst, *w*. Median beider Wülste vertieft sich der Raum zu den Rosenmüllerschen Gruben, *R*, oberhalb derer in der Mittellinie sich der Fornix, *f*, ausdehnt. An seinem Uebergang, zum Septum hin, sieht man leichte wellige Erhebungen der Schleimhaut als Andeutung des hier lagernden lymphadenoiden Gewebes, der Rachenmandel. Unter den Choanen zieht horizontal (in Wirklichkeit nach beiden Seiten steil abfallend) die Hinterfläche des Gaumensegels, *v*, mit den beiden Bögen, arcus palato pharyngeus und palatoglossus, *pp* und *pg*; über dem Zäpfchen, *u*, dessen Rückfläche sich ebenfalls darbietet, sieht man eine rundliche Erhebung als Ausdruck des unterliegenden m. azygos uvulae.

Fig. 42. Bild I gewährt einen Einblick von vorne in die linke Choane, wie er in vorliegendem Falle ermöglicht wurde durch eine starke Zerstörung der mittleren Muschel (*c*). Die hintere Rachenwand (*d*) ist voll im Rahmen der Choane sichtbar, deren Begrenzung medial durch das Septum, unten durch den Nasenboden (*a*), lateral durch die untere Muschel (*b*) und den Tubenwulst (*e*) gebildet wird. Ueber der unteren Muschel sieht man gerade noch einen Theil der Tubenöffnung (*t*) vorragen. Dies ist das Bild der

Tube in der Ruhe.

Bild II stellt die

Tube während des Schluckens

dar. Man sieht dieselbe hier weithin in das Lumen der Choane kegelförmig vorspringen, weit klafft das Tubenostium (*t*), zwischen demselben und der unteren Muschel schiebt sich zwickelförmig eine Schleimhautfalte (*g*) ein, die Hinterfläche des Gaumensegels, welches so den Nasenrachenraum nach unten abschliesst. Dieser Anblick macht leicht verständlich, warum in der Nase befindliche Flüssigkeiten während des Schluckaktes leicht in die Tube eingepresst werden können.

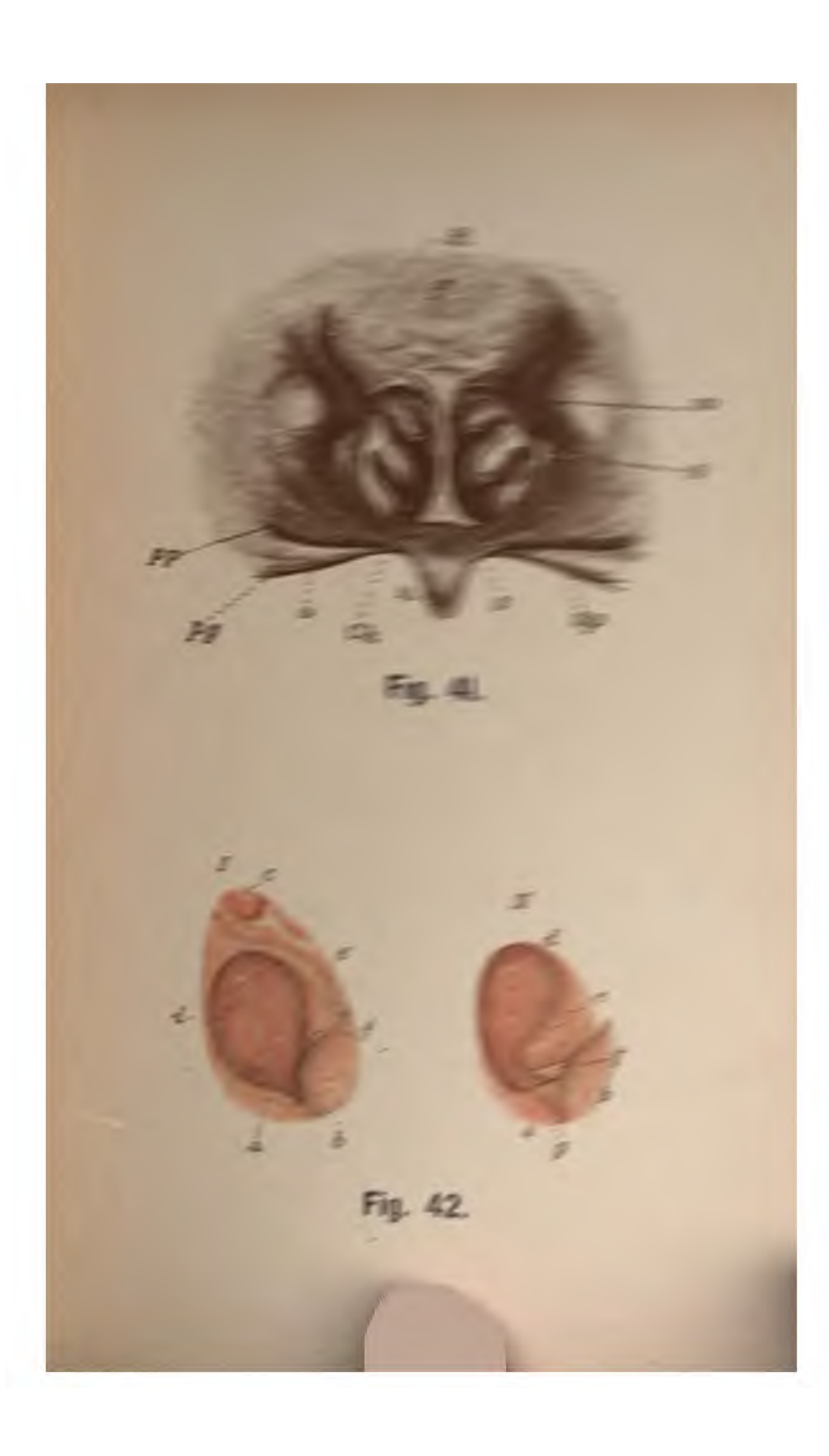


Fig. 41.

Fig. 42.



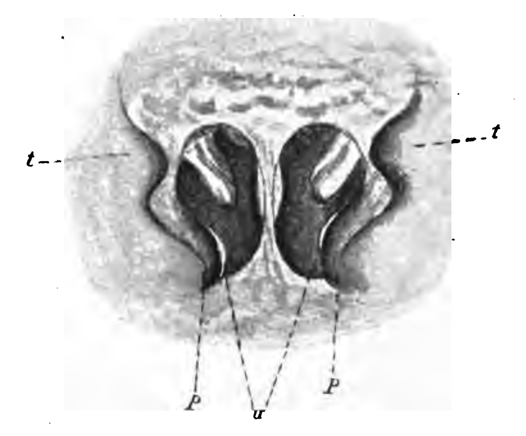


Fig. 43.

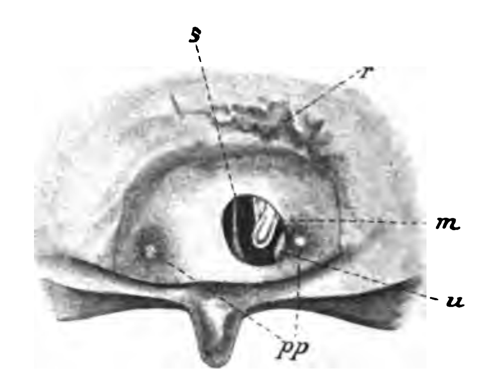


Fig. 44.

Fig. 43. Die Choanen sind beiderseits in der unteren Hälfte verengt durch Hereinwölbung des äusseren Randes, der einen bauchigen Contour beschreibt. Zugleich ist die gesammte Schleimhaut unterhalb und vor der Tubenmündung vorgebaucht. Bei Betastung wird man sich überzeugen, dass diese starke Vorbauchung nicht der Schleimhaut, sondern der knöchernen Unterlage derselben angehört; es handelt sich daher um

abnormes Vorspringen des Processus pterygoïdeus,

welcher an dieser Stelle die Choanen begrenzt. Die Difformität ist häufiger, als sie constatirt wird, fast immer gleichmässig symmetrisch und verursacht mitunter erhebliche Störungen der Nasenathmung.

Fig. 44. Im Nasenrachenraum sieht man nur in die linke Choane durch ein ovales Fenster hinein, welches einen Theil des Septum, *s*, die mittlere Muschel, *m*, und die untere, *u*, theilweise zu sehen gestattet. Alles übrige ist verdeckt durch eine Art Vorhang, der sich oben und seitlich fest an die knöcherne Wand anheftet. Innerhalb derselben sind zwei kugelige Hervorragungen, *pp*, sichtbar, entsprechend den stark vorspringenden processus pterygoïdei. Diese offenbare Missbildung stellt eine

partielle Choanenatresie

jedenfalls congenitaler Natur dar.

Die Sondirung wird nachweisen, ob dieselbe knöcherner, oder (wie im vorliegenden Falle) membranöser Natur ist.

Ueber der linken Choane sieht man eine flache Anhäufung adenoïden Gewebes mit Anlage eines Recessus, *r*.

Fig. 45. Der obere Abschnitt des Nasenrachenraumes ist gerötet. Zahlreiche lappige Wulstungen, dicht gedrängt, ziehen sich über den Choanen, besonders über den linken, hin. Dieselben sind noch stärker als die Umgebung gerötet und zeigen zahlreiche gelbe, fleckige Auflagerungen, die aus seichten Vertiefungen herauszuwachsen scheinen. — Die Wülste sind geschwollenes lymphadenoïdes Gewebe, auf dem sich ein Entzündungsprocess, ganz analog dem bekannten auf den Gaumenmandeln (s. Fig. 15), abspielt; es liegt eine

Tonsillitis pharyngea lacunaris

vor. Da man bei acuten Affectionen bisher die Rhinoscopia posterior noch sehr vernachlässigt hat, ist diese im übrigen nicht allzu seltene Affection noch nicht sehr bekannt. Sie artet auch gerne in Phlegmone aus.

Fig. 46. Am Fornix sind leichte wellige, in zwei Reihen angeordnete Wülste zu sehen, die sich seitlich bis in die Rosenmüller'schen Gruben erstrecken.

Die Tubenwülste sind stark von innen her gesehen, (durch Auswärtsdrehen des Spiegels gewonnene Ansicht), sind lebhaft geröthet und etwas geschwollen.

Aus dem Ostium der linken quillt gelber Eiter hervor, während sich aus dem rechten ein grauer Schleimtropfen hervordrängt. Es handelt sich also offenbar um

Salpingitis acuta.

Ob das Secret bloss der Tubenschleimhaut oder vielmehr dem Mittelohr entstammt, kann natürlich nur eine genaue Untersuchung des letzteren lehren. Ein solches Bild, wie das vorliegende, entspricht nur in den seltensten Fällen einer isolirten Tubenerkrankung, findet sich dagegen mitunter bei Otitis media acuta.

Die Wülste am Fornix sind leicht entwickelte adenoïde Vegetationen (s. Fig. 50).



Fig. 45.



Fig. 46.



Fig. 47.



Fig. 48.

Fig. 47. Die linke Seite des Fornix zeigt mehrere flachwulstige Anschwellungen von der Färbung der benachbarten Schleimhaut. Zwischen der rechtseitigen grösseren und einer Gruppe von kleineren senkt sich ein tiefer Spalt hinein, aus dessen unterem Ende sich eitriges, eingetrocknetes Secret über das Septum bis auf die Hinterfläche des Gaumensegels ergiesst. Die Wulstungen sind als Ueberreste adenoïden Gewebes (s. Fig. 50). wie sie sich mitunter noch im späteren Alter erhalten, aufzufassen und der zwischen ihnen eingesenkte Spalt wird als

Recessus pharyngeus lateralis

bezeichnet, auch Bursa pharyngea genannt. Häufig sitzt ein solcher Spalt auch in der Mitte, entsprechend der dort festeren Anheftung der Schleimhaut an den Knochen. Den secretorischen Process, der durch eine Entzündung in dem Spalt unterhalten wird, bezeichnet man als

localisirten Retronasalcatarrh.

Fig. 48. Die Gebilde des Nasenrachenraumes zeigen durchweg Verschmälerungen ihres gewöhnlichen Umfanges, sind «magerer». Die Schleimhaut ist im Allgemeinen blass, zeigt nur an einer Stelle über der rechten Choane eine leicht gerötete wulstige Verdickung. Unter dieser hervor ragt eine graugrünliche, trockene Masse, offenbar borkiges Secret, welches sich von da über das Septum und die Choanen, einzelne Partien der Muscheln verhüllend, bis auf die Hinterfläche des weichen Gaumens erstreckt. Das Bild, gemeinhin als

Rhinitis atrophicans fötida, auch **Ozäna**

bezeichnet, verräth uns nur, dass hier ein eiterproducirender Process, wahrscheinlich in der Gegend des beschriebenen Wulstes, spiele, dessen Producte schlecht weitertransportirt werden und daher Zeit zum Eintrocknen haben. In der Tat handelt es sich um

rechtseitiges Empyema sphenoïdale,

eine Eiterung in der rechten Keilbeinhöhle, aus deren unterer Wand das Secret abfliesst. In solchen Fällen ist aus dem Bilde nie allein die Diagnose zu sichern, sondern nur durch Sondenpalpation, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann.

Fig. 49. In den Choanen sind beiderseits die hinteren Enden der mittleren Muscheln als schmale Kolben sichtbar. Unmittelbar unter denselben quellen beiderseits graurötliche blumenkohlähnliche rundliche Körper über den Rand der Choanen und das Septum hervor,

papilläre Hypertrophien der hinteren unteren Muschelenden.

Fig. 50. Der Fornix des Nasenrachenraumes ist ausgefüllt von flachhöckerigen, in Läppchen fast bis zum oberen Choanenrand herabhängenden, blassroten Geschwülsten mit im Ganzen glatter, glänzender Oberfläche. Sitz und Aussehen lassen in ihnen die als

adenoïde Vegetationen

bekannten Wucherungen des lymphadenoïden Gewebes, der sogenannten Rachentonsille, erkennen. Sehr häufig erstrecken sich dieselben noch viel weiter seitwärts, so dass die Tubenwülste überlagert werden, und besonders nach unten bis zur vollständigen Verhüllung der Choanen. Der grösseren Deutlichkeit wegen ist hier nur ein geringerer Grad vorgeführt.



Fig. 49.



Fig. 50.



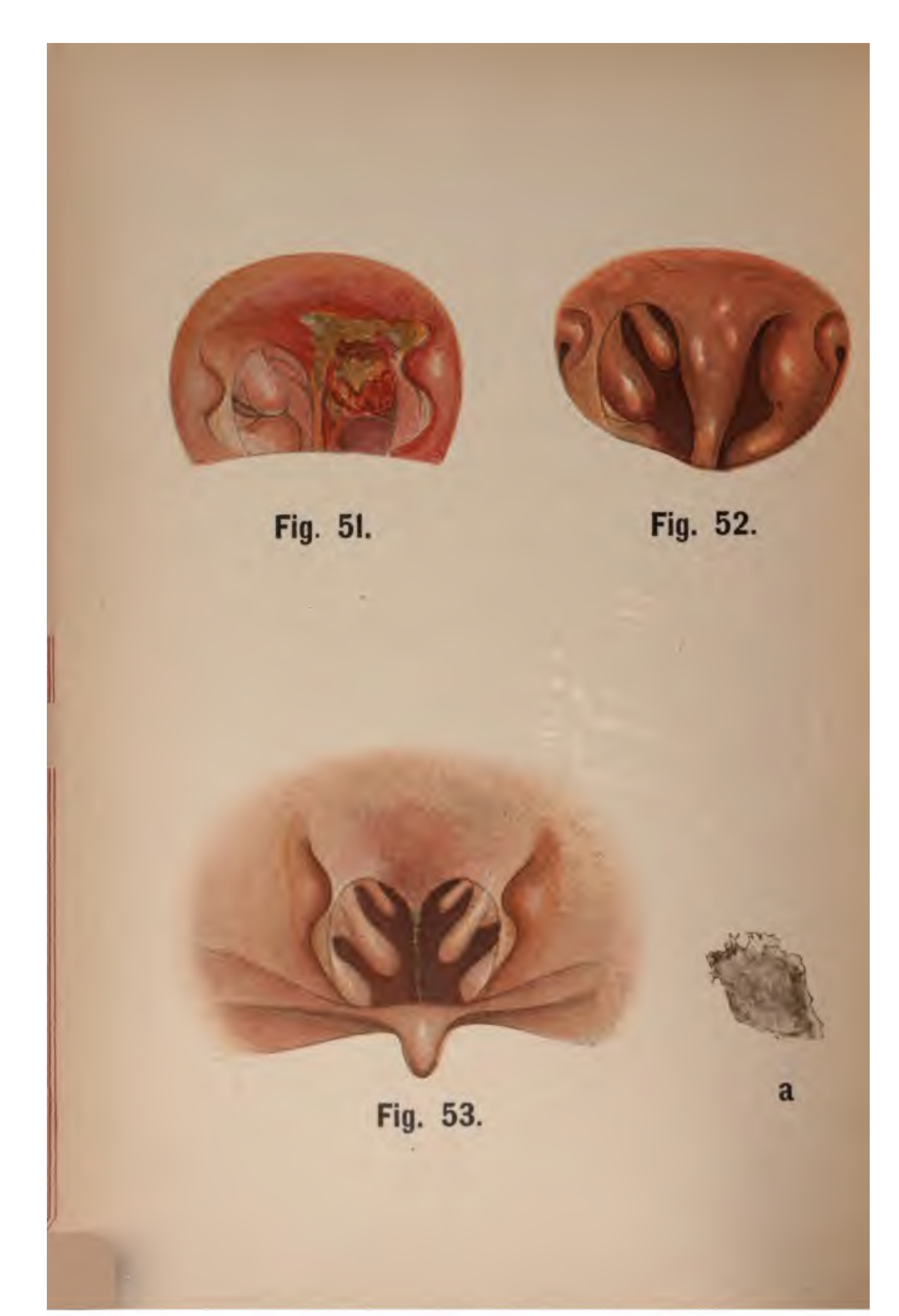


Fig. 51.

Fig. 52.

Fig. 53.

a

Fig. 51. Der Nasenrachenraum ist in der ganzen linken Hälfte heftig gerötet. Ein grüngelblich belegter, scharf eingeschnittener Defect mit etwas geschwollenen, lebhaft roten Rändern erstreckt sich über der linken Choane horizontal hin. Letztere ist verlegt durch die unregelmässig geschwollene, stark gerötete mittlere Muschel, auf welcher ein ähnlicher, tief einschneidender ausgefressener Defect sichtbar ist. Von diesem aus ergiesst sich Eiter auf die linke Septumwand und die Kante des Septum. Die untere Muschel, sowie die linke Tubenwulst sind gerötet und geschwollen. Das Aussehen der scharf einschneidenden Defecte, sowie der lebhafte Entzündungshof charakterisiren dieselben als

Ulcera syphilitica cavi nasopharyngei.

Dieselben entsprechen natürlich dem tertiären Stadium.

Fig. 52. Beide Choanen, besonders aber die linke, sind verengt und in ihren Umrissen stark verändert. Hauptursache davon ist eine vorwiegend in den oberen Partien des Septum bemerkbare Verbreiterung desselben auf das 4- bis 5 fache des gewöhnlichen. Ausserdem sind die linke untere und mittlere Muschel verbreitert und difformirt, so dass zwischen mittlerer Muschel und äusserem Choanenrand keine feste Grenze mehr zu ziehen ist. Alle diese Veränderungen sind

Residuen ulceröser Syphilis,

wie sie in Fig. 51 dargestellt wurde. Aeusserliche Narben sind kaum bemerkbar, dagegen, wie ersichtlich, die tieferen Veränderungen um so erheblicher. Dieselben sind als Producte übermässiger entzündlicher Ablagerungen und necrotischer Substanzverluste anzusehen.

Fig. 53. Die Schleimhaut ist oberhalb des Septum leicht gerötet. Letzteres ist fast der ganzen Länge nach stark verschmälert, seine Contouren sind in sägenartige Zackenlinien verwandelt, dabei ist es graugrünlich verfärbt. Die in der Perspective sichtbaren Seitenwände desselben sind etwas geschwollen. Das dürftige Bild lässt nur dem sehr geübten Blick die hier vorhandene

Necrosis vomeris syphilitica

erkennen, deren Bereich sich weithin über die Grenze des sichtbaren erstreckt. Wie weit, lässt sich am besten aus der nebenan befindlichen Zeichnung erkennen, welche den aus der Scheidewand entfernten Sequester darstellt. Die Kante *a* desselben entspricht der hinteren Septumfläche, wie sie auf dem rhinoskopischen Bilde zu sehen ist.

Die syphilitische Natur des Processes, dessen Endstadium wir hier sehen, kennzeichnet sich durch den Mangel an Granulationen, wie sie bei Tuberculose vorhanden sein würden, wie überhaupt durch die verhältnissmässige «Reinlichkeit» der Sequestriung.

Fig. 54. Der untere Theil der linken Choane ist verdeckt durch einen über haselnussgrossen, fast kugeligen, glatten, graugelben, leicht durchscheinenden Tumor, welcher die linke Tubenmündung fast verdeckt, ebenso die untere Partie der mittleren Muschel und das Septum verhüllt. Starke Gefässe überziehen die Geschwulst, welche schon aus dem Anblick sich als

retronasaler Polyp

bestimmen lässt. Der Mangel an Adhäsionen und die Intactheit der Oberfläche zeigen seine Gutartigkeit, wie auch die Sonde seinen umschriebenen Ursprung an dem hinteren Ende der mittleren Muschel nachweisen wird.

Fig. 55. Der ganze Nasenrachenraum ist ausgefüllt von einer braunroten, etwa kleinapfelgrossen Geschwulst, welche die rechte Choane ganz, die linke bis auf den untersten Abschnitt der unteren Muschel verdeckt, auch die Mündung der rechten Tube (*r t*) verhüllt, während die linke, *o*, eben noch sichtbar ist. Sie zeigt stellenweise leichte höckerige Unebenheiten und ist ausser ihrer breiten Wurzel am Dache des Nasenrachenraumes noch an zwei Stellen mit den Wänden desselben verwachsen. Nirgend sind Oberflächendefecte zu constatiren. Diese Geschwulst kennzeichnet sich demnach als sogenanntes

Fibroïd des Nasenrachenraums,

eine übrigens zu weit vorgreifende Bezeichnung, da die histologische Structur dieser Tumoren sie oft ebenso zu den Sarcomen wie zu den Fibromen rechnen lässt.



Fig. 54.



Fig. 55.



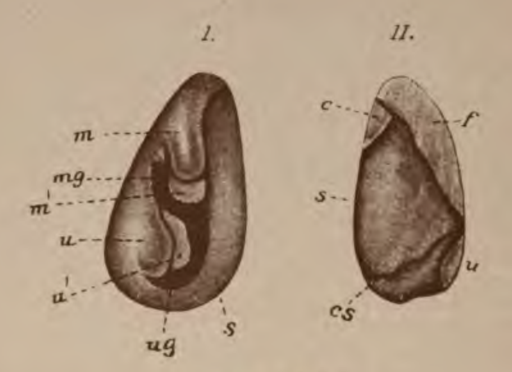


Fig. 56.



Fig. 57.

Fig. 56. Normales rhinoskopisches Bild.

I stellt den Einblick in die rechte Nasenseite gerade von vorne dar. Von der unteren Muschel, *u*, ist die innere Fläche, *u'*, von der mittleren, *m*, die untere Fläche, *m'*, in Projection zu sehen. Unter der unteren Muschel verläuft der untere, unter der mittleren der mittlere Nasengang, *ug*, *mg*. Zwischen den Muscheln und der Nasenscheidewand, *s*, wird die hintere Rachenwand als dunkler Schatten sichtbar.

II ist die Ansicht der linken Nasenseite bei stark nach rechts gewendetem Kopfe, wobei im Wesentlichen die Scheidewand, *s*, sichtbar wird. Im obersten Theil derselben verläuft der mediale Theil des äusseren Nasenknorpels, *c*, welcher, sowie die ganze Choane, nach oben durch den sichtbaren Abschnitt des Nasenflügels, *f*, überragt wird. Im unteren Theile ist die Verbindungslinie zwischen knorpeliger Scheidewand und Vomer als Erhabenheit, die crista septi *c s*, ausgesprochen. Seitlich ist eben noch ein Stück unterer Muschel, *u*, sichtbar.

Fig. 57. In der rechten Nasenseite (*a* untere, *b* mittlere Muschel) springt vom Septum ein dornartiger, breitbasiger Fortsatz horizontal gegen die untere Muschel vor, welche er berührt, so dass auf der Innenfläche derselben ein flacher Eindruck entstanden ist. Die Schleimhaut des Scheidewandknorpels setzt sich ununterbrochen auf diesem Sporn fort, so dass dessen Zugehörigkeit zu seiner Basis unverkennbar ist. Daher besteht er, was die Sondirung bestätigt, ebenfalls aus Knorpelgewebe und ist also als

Spina septi cartilaginei

zu bezeichnen. Die der mittleren Muschel gegenüberliegende Septumpartie ist stark vertieft durch Verbiegung des Knorpels nach der anderen, linken, Seite hin.

Die linke Nasenseite ist durch eine von der Mitte her sich vorwölbende glatte glänzende Wand derart verengt, dass von der mittleren Muschel (*b*) nur ein schmaler Streifen sichtbar ist. Dass diese Wand nur einer seitlichen Vorbauchung des knorpeligen (eventuell auch knöchernen) Septum entspricht, lehrt die Continuität derselben gegen den Nasenboden hin und das in Farbe und Consistenz gleiche Verhalten derselben mit dem Septum. Es ist also eine **Deviatio septi.**

Fig. 58. In der rechten Nasenseite sieht man über der schmalen unteren Muschel in den mittleren Nasengang. Median wird dieser unten begrenzt von der dunklen Rachenhinterwand, nach oben von einer in zwei Terrassen aufgebauten halbkugelig vorspringenden roten Geschwulst. Die obere Partie derselben entspricht dem Vorderende der mittleren Muschel, während die untere Anschwellung, *m'*, in der Perspektive die unteren, ebenfalls vergrösserten Theile derselben Muschel darstellt. Es handelt sich aber, wie die Farbe und sonstige Beschaffenheit der Schleimhaut erkennen lässt, um keine heterologe Geschwulst, sondern um eine

Hypertrophie der mittleren Muschel.

Auf der linken Seite sieht man das Vorderende der unteren Muschel in eine kugelige, glatte, grosse Anschwellung umgewandelt, die den unteren und zum Theil den mittleren Nasengang verstopft,

Hypertrophie des Vorderendes der unteren Muschel.

(Die über den Choanen hinziehenden hellroten Zwickel entsprechen der durch das Speculum comprimirten und daher abgeblassten Schleimhaut der Nasenflügel. S. auch Fig. 56, *f.*)

Fig. 59. Die mittlere Muschel, *m*, ist stark verbreitert, so dass sie den mittleren Nasengang ganz verlegt, leicht gekörnt, blassrot. Das Septum ist, soweit sichtbar, mit theils flacheren, theils lappigen, vorwiegend horizontal verlaufenden Wülsten von gleicher Farbe, wie die mittlere Muschel, bedeckt. Die Zugehörigkeit zur Schleimhaut des Septum ist unverkennbar, daher die Affection als

Hypertrophia membranae mucosae septi

zu bezeichnen.

Fig. 60. Zwischen linker unterer (*u'*) und mittlerer (*m*) Muschel drängt sich eine breite, etwas gelappte, rote Anschwellung hervor, welche zunächst den Eindruck macht, als sei die mittlere Muschel verdoppelt. In der Tat hat sie mit letzterer, wie die Sondenuntersuchung lehrt, keinen Zusammenhang, da sie eine Hypertrophie der unteren Lefze des hiatus semilunaris, den sog.

Lateralwulst,

darstellt, eine Neubildung, wie sie durch eitrige oder catarrhalische Processe im mittleren Nasengang oder den umliegenden Nebenhöhlen mitunter hervorgerufen wird.



Fig. 58.



Fig. 59.



Fig. 60.







Fig. 61.



Fig. 62.



Fig. 63.

Fig. 61. In der rechten Nasenseite ist über der kolbig verdickten unteren Muschel eine Anzahl rundlicher, dicht aneinander gedrängter Geschwülste zu sehen, welche den mittleren Nasengang bis zum Septum hin dicht ausfüllen. Dieselben sind von blassgraugelber Farbe, durchscheinend, und tragen reichliche Gefässverästelungen. In der linken Nasenseite zeigt sich ein birnförmiger Tumor von gleichem, doch etwas derberem Ansehen, der, die Choane bis zum Nasenboden ausfüllend, von der unteren Muschel nur mehr einen schmalen Zwickel sehen lässt. Das Aussehen der Geschwülste sichert bereits die Diagnose:

Nasenpolypen,

von denen rechts die multiple, links die solitäre Form dargestellt ist. Hinter letzterer können allerdings noch multiple verborgen sitzen. Die Sonde wird die Wurzelstellen der Geschwülste (mittlerer Nasengang und Nasendach, also am Siebbein) zu erforschen haben. Ausserdem ist sorgsam auf Beschaffenheit des Knochens (Caries!) und etwaiges Secret zu achten, da diese Geschwülste in überwiegender Mehrheit auf tieferen Erkrankungen beruhen.

Fig. 62. Die Nase ist sehr breit zu übersehen. Durch weites Abstehen der mittleren Muschel, *m*, von der Aussenwand ist der mittlere Nasengang, *h*, in ungewöhnlichem Umfang sichtbar. In dem obersten Theil spitzt sich derselbe in dem Winkel zwischen mittlerer Muschel und Aussenwand scharf zu, *f*, und wird diese Ecke zugleich nach unten durch eine bogenförmige Falte abgegrenzt. Dieser annähernd halbmondförmige Zwickel entspricht dem

Ausführungsgang der Stirnhöhle.

Nur selten wird man ihn allerdings in solch deutlicher Weise vor sich liegen sehen.

Die übrigen Buchstaben bedeuten: *r* Rachenhinterwand, *m'* Profil der unteren Fläche der mittleren Muschel, *u'* Profil der Medianfläche der unteren Muschel, *s* Septum.

Fig. 63. In der linken Nasenseite sieht man durch die Choane weit auf die Rachenhinterwand, während das Septum (*a*) median, unten die untere Muschel (*b*) und dann nach aussen die Vorderfläche des Tubenwulstes die Aussicht begrenzen. Ueber dem oberen Choanenrand sieht man eine rundliche, schüsselförmige Vertiefung (*d*) mit scharfem Rand und von gelblicher Schleimhaut ausgekleidet, die nach unten von der mittleren, sehr verkleinerten Muschel (*c*) überschnitten wird. Diese Vertiefung stellt die

linke Keilbeinhöhle

dar, welche nach Ablauf eines eitrigen Processes in so aussergewöhnlicher Ausdehnung sichtbar ist. — Unter der mittleren Muschel sieht man einige kleinere Vertiefungen (*e*) von gleichem Aussehen; diese entsprechen kleinen Knochenhöhlen im Siebbein, ebenfalls nach einer dort abgelaufenen Eiterung.

Fig. 64. Das Septum der rechten Nasenseite ist in seiner vorderen Partie bedeckt mit kleinen flachen rundlichen, grauroten Erhabenheiten, welche nach hinten, sich abflachend, in gesunde Schleimhaut, seitwärts über dem Nasenboden auf das Vorderende der unteren Muschel übergehen. Der Hauptsitz ist an der Crista septi. Schon dieser Ausgangspunkt lenkt den Verdacht auf

Tuberculosis narium,

wofür die Kleinhöckerigkeit und diffuse Ausbreitung des Processes ebenfalls sprechen. Die für die Palpation derbe Consistenz mit starker Neigung zu Blutung muss die Inspection ergänzen, ebenso wie Anamnese (zumeist wird die Infection durch den Fingernagel beim Kratzen übertragen, welcher Umstand auch die typische Localisation erklärt) und Untersuchung anderer Organe, ferner der Verlauf. Nöthigenfalls mikroskop. Untersuchung, besonders in histologischer Richtung, da oft Bacillen nicht auffindbar sind.

Fig. 65. Zum Vergleich haben wir hier das Bild einer circumscript dem Septum aufsitzenden, hellroten, erdbeerartig aussehenden kleinen Geschwulst, eines

Papilloma septi,

vorgeführt, welches recht deutlich den Unterschied zwischen dieser gutartigen Neubildung in ihrer scharfen Begrenzung und gleichmässigen Ausbildung der einzelnen papillären Elemente gegenüber dem verschwommenen und nirgends sich fest abgrenzenden Charakter des tuberculösen Infiltrates zeigt, welcher sich immer documentirt, auch wenn letzteres noch so sehr in Geschwulstform auftritt.

(Die über beiden Choanen sich hinziehenden Zwickel sind bei Fig. 58 erklärt.)

Fig. 66. Dieses sehr complicirte Bild gewährt uns Einblick in die linke Nasenseite. Das Septum, *a*, zeigt einen sehr grossen, fast bis an den Boden reichenden, glattrandigen Defect, durch den man, wie durch ein breites Fenster, Einblick in die rechte Nasenseite gewinnt. In dieser sieht man die untere Muschel, *b*, durch einen breiten Streifen mit dem Nasenboden, *c*, verwachsen, dabei mit ihrem unteren Rande so weit von demselben entfernt, dass der untere Nasengang in aussergewöhnlichem Umfange frei daliegt. In diesem sieht man weiter durch zwei kleinere Perforationen der äusseren Nasenwand, *d*, in die mit gelblicher Schleimhaut ausgekleidete Kieferhöhle hinein.

All' diese Defecte und Verwachsungen sind in diesem Falle auf eine durch mehrfache operative Eingriffe geheilte

Tuberculosis narium

zurückzuführen. Dieselben bieten besonderes Interesse wegen des tiefen Einblickes in gewöhnlich so verborgene Gebilde am Lebenden, wie sie sonst nur durch Präparation gewonnen werden können.





Fig. 64. Fig. 65.



Fig. 66.



Fig. 67.



Fig. 68.



Fig. 69.

Fig. 67. Die rechte Nasenseite, I, ist etwas verlegt durch starke Schwellung der mittleren und unteren Muschel. Letztere zeigt einen unregelmässig begrenzten, von geschwollener, weithin stark geröteter Schleimhaut umgebenen, speckig belegten Defect, der sich noch über den Nasenboden bis auf das Septum hinauf erstreckt; der Grund desselben liegt erheblich tiefer als die Ränder und zeigt grauschwärzliche Verfärbung. Ein ähnlicher, doch flacherer, nimmt die vordere Unterfläche der mittleren Muschel ein. Sitz und Aussehen erwecken sogleich den Verdacht auf

Ulcera syphilitica nasi,

der durch das Ergebniss der Sondirung (rauher, vielleicht auch beweglicher Knochen) und den Fäulnissgestank, sowie nöthigenfalls durch Anamnese (rasches Entstehen, hartnäckiger Verlauf) bestätigt wird.

Die linke Nasenseite, II, zeigt eher Verschmälerung des normalen Umfanges der Muscheln, von der mittleren, *m*, fehlen sogar erhebliche Partien, so dass eine Reihe von flachen Wülsten statt der normalen Rundung zurückgeblieben ist. Im Septum zeigt sich in der Höhe des mittleren Nasenganges ein von vorn nach hinten längsovales grosses, von glatten breiten Rändern begrenztes Loch, *p*, durch das man die rechte mittlere Muschel, *m*, sieht. Mehrere missfarbene grünlichgelbe trockene Borken sitzen der Nasenschleimhaut fest auf. Das Bild entspricht den

Residuen von Syphilis,

während in I der floride Process dargestellt war. Die Narben und Defecte an der mittleren Muschel, sowie der hohe Sitz der Septumperforation erlauben im Verein mit der Borkenbildung die Unterscheidung der Defecte von solchen, wie sie mitunter auf traumatischem Wege an den vordersten unteren Septumpartien entstehen. Ausgeheilte Tuberculose unterscheidet sich durch den Mangel von Borken, sowie wesentlich durch die Anamnese (Nasentuberculose heilt niemals von selbst!) und etwaige Nebenbefunde, deren Deutung hier zu weit führen würde.

Fig. 68. Der Nasenboden nebst den angrenzenden Theilen der unteren Muschel und des Septum sind stark gerötet. Innerhalb dieser Zone verläuft eine weissgraue Auflagerung in anscheinend gleichem Niveau mit der Schleimhaut. Der mittlere Nasengang, die mittlere Muschel und das Septum sind im übrigen bedeckt mit gelbgrauen Eitermassen. Dieselben sind bezeichnend für die sehr starke Reaction der ganzen Nasenschleimhaut auf den im vordersten Abschnitt sich abspielenden Entzündungsprocess. Dass letzterer exsudativer Natur sei, ergiebt ausser der Betrachtung die Sondenuntersuchung, welche die weissen Flecken als festhaftende, doch lösbare Membranen erkennen lässt und damit die Entzündung als

Rhinitis fibrinosa

bezeichnet. Dieselbe dürfte in der Mehrzahl der Fälle als identisch mit wahrer Diphtherie zu betrachten sein.

Fig. 69. Von der linken unteren Muschel zieht zum Septum hin ein schmaler, glatter Strang, die umgebende Schleimhaut erscheint normal, es handelt sich um eine

congenitale Synectrie,

die von künstlich, durch Operationen oder Entzündungen hervorgebrachten, sich durch den normalen Schleimhautüberzug und Mangel von Narben (sowie Anamnese) unterscheidet.



Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEH.

Cursus der topographischen Anatomie

von **Dr. N. Rüdinger,** o. ö. Professor an der Universität München.

Mit 51 zum Theil mit Farben ausgeführten Abbildungen.

Preis brochirt Mk. **9.—**, gebunden Mk. **10 —**.



Das Original ist in 3 Farben ausgeführt.

Allg. medic. Centralzeitung, 1892, 9. März: Der Verfasser des vorliegenden Buches hat einem wirklichen Bedürfniss abgeholfen, indem er den Studirenden und Aerzten ein aus der Praxis des Unterrichts hervorgegangenes Werk darbietet, das in verhältnissmässig kurzem Raum alles Wesentliche klar und anschaulich zusammenfasst. Einen besonderen Schmuck des Buches bilden die zahlreichen, in moderner Manier und zum Theil farbig ausgeführten Abbildungen. Wir können das Werk allen Interessenten nicht dringend genug empfehlen.

Anatomie.

Arbeiten aus dem anatomischen Institute zu München. Herausgegeben von K. v. Kupffer und N. Rüdinger.

Heft 1: Utzschneider, A., Lendennerven der Affen und der Menschen. Mit 1 Tafel. 1892. *M.* 1.—.

Heft 2: Tettenhammer. Ueber das Vorkommen offener Schlundspalten bei einem menschlichen Embryo. Mit 12 Abbildungen. 1892. *M.* 1.—.

Heft 3: Höfer, W., Vergleichende anatomische Studien über die Nerven des Armes und der Hand beim Menschen und bei dem Affen. Mit 6 Tafeln. 1892. *M.* 4.—.

Heft 4: Kupffer, K. v., Ueber die Entwickelung von Milz und Pankreas. Mit 7 Abbildungen. 1892. *M.* 1.—.

Boegle, K., Die Entstehung und Verhütung der Fussabnormitäten. 139 Seiten. Mit 39 Abbildungen. 1893. Broschirt. *M.* 4.—.

Kupffer, K. v., Studien zur vergleichenden Entwicklungsgeschichte des Kopfes der Kranioten. Gestützt auf Arbeiten über die Entwicklung des Accipenser Sturio. Lieferung 1. Mit zahlreichen lithographischen Tafeln. Gr. 8°. 1893. Broschirt. *M.* 10.—.

Das ganze Werk wird in zwanglosen Heften erscheinen; jährlich gelangen 1—2 Hefte zur Ausgabe.

Jedes Heft bildet für sich ein abgeschlossenes Ganzes.

☞ Abonnements nehme ich gerne entgegen. ☜

Plessen, J. v. und **J. Rabinowicz,** Die Kopfnerven von Salamandra maculata im vorgerückten Embryonalstadium. Mit 4 colorirten Tafeln. 4°. 1891 Broch. *M.* 5.—.

Schäffer, O., Untersuchungen über die normale Entwicklung der Dimensionsverhältnisse des fötalen Menschenschädels mit besonderer Berücksichtigung des Schädelgrundes und seiner Gruben. Mit 50 Abbildungen und Tabellen. 4°. 1893. Broschirt. *M.* 7.—.

Rotter, typische Operationen.



Wiener medicinische Presse, 1888, Nr. 57: So knapp auch der Text gehalten ist — das Werk zählt nur 388 Seiten — bildet das handliche, sehr gefällig ausgestattete Büchlein nicht nur eine recht vollkommene Operationslehre, sondern nennt und illustrirt auch die für den Arzt unentbehrlichsten chirurgischen Instrumente.

Dem Praktiker, dem Feldarzte und dem Studirenden, die Rotter's Buch liebgewonnen haben, wird es auch späterhin, bei Operationen am Lebenden, ein ungern entbehrtes Vademecum sein Möge es viele Leser und Freunde finden! *B.*

Münchener medicinische Wochenschrift: Nachdem erst vor relativ kurzer Zeit die 2. Auflage des Rotter'schen Buches hier besprochen wurde, liegt — der beste Beweis für die allgemeine Anerkennung der Vorzüge des Werkchens — schon die 3. Auflage vor. Die klare Anordnung des Stoffes, die kurze präcise Darstellung der verschiedenen Operationen, die sich sowohl von einer zu cursorischen Behandlung, als einem zu detaillirten, in Kleinigkeiten sich verlierenden Ausführen ferne hält, neben der topographischen Anatomie, den speciell bei dem Eingriff zu berücksichtigenden Momenten, doch genügend auf Modificationen, Indication, statistische Verhältnisse eingeht und dadurch die Lectüre zu einer wesentlich interessanteren macht, lässt (wie die Aufnahme zeigt) das Werk nicht nur für den studirenden, an der Leiche übenden Arzt, sondern auch für den praktisch thätigen Collegen, speciell den Feldarzt ein treffliches Hülfsbuch sein. Die klaren hübschen Holzschnitte in anschanlicher Grösse und reicher Zahl eingefügt, erhöhen die Brauchbarkeit des Büchleins wesentlich; ebenso wird die Anführung einer Reihe anscheinend kleinerer Momente, Verbesserungen etc, wie z. B. für den Feldgebrauch angegeben wurden, sowie eine Reihe von Rathschlägen hierin competenter Autoritäten, speciell von Nussbaum's von vielen sehr geschätzt werden.

Referent zweifelt nicht, dass das Werkchen, das die neuesten Operationen und operativen Modificationen völlig berücksichtigt und somit völlig auf modernem Standpunkt steht, zu seinen bisherigen Freunden sich noch zahlreiche neue erwerben wird. Die hübsche Ausstattung macht das Buch auch äusserlich zu einem sehr handlichen. Ein ausführliches Autoren- und Sachregister ist nicht *minder als* Vorzug anzuerkennen. *Schreiber.*

Chirurgie.

Arbeiten aus der chirurgischen Klinik zu München. Herausg. von O. Angerer. (Münchener medicinische Abhandlungen III. Reihe).

Heft 1: Weidenmüller, O., Zur Behandlung local. tuberc. Affectionen mit Jodoform-Injection. 1891. *M.* 1.—.

Heft 2: Port, K., Ueber die Wirkung des Tuberculinum Kochii bei Lupus. 1892. *M.* 1.—.

Boegle, C., Die Entstehung und Verhütung der Fuss-Abnormitäten auf Grund einer neuen Auffassung des Baues und der Bewegung des normalen Fusses. 1893. *M.* 4.—.

Fessler, J., Klinisch-experimentelle Studien über chirurgische Infectionskrankheiten. 1890. Broschirt. *M.* 4.—.

Festschrift zum 25jährigen Professoren-Jubiläum von W. Heineke. Mit Porträt. 1892. Broschirt *M.* 4.—, Leinwand *M.* 5.—.

Inhalt: Kiesselbach, Verwerthbarkeit der Hörprüfungsmethoden bei der Beurtheilung der Schwerhörigkeit in Folge von Unfällen. — Krecke, Massage und Mobilisirung bei Knochenbrüchen. — Mayer, Operative Behandlung der Diphtherie. — Schmid, Chirurgie der Nieren. — Koch, Traumatische Losschälung der Haut und der tieferliegenden Schichten. — Graser, Perityphlitis und deren Behandlung. — König, 41 Jahre lang im Wasser gelegene menschliche Leichen. — Herzog, Angeborene Deviationen der Fingerphalangen (Klinodactylie). — Hagen, Halbseitiger Naevus verrucosus. — Schmid, Processus vermiformis mit einem Fremdkörper als Inhalt eines Bruchsackes.

Grünwald, Dr. L., Die Lehre von den Nasen-Eiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung. Mit 5 Abbildungen. 1893. 167 Seiten. *M.* 4.50.

Halbeis, J., Die adenoïden Vegetationen des Nasenrachenraumes bei Kindern und Erwachsenen und ihre Behandlung. 53 Seiten. Mit 1 Abbildung. 8⁰. 1892. *M.* 2.—.

Lingenfelder, J., 70 Arthrectomien des Kniegelenks. 1892. Broschirt. *M.* 2.—.

Rotter, Dr. E., Die Knöchelbrüche. 28 Seiten mit 2 Abbildungen. 1892. *M.* 1.—.

Seydel, Die erste Hilfe bei Unglücksfällen in den Bergen. Mit 6 Abbildungen. 12⁰. 1893. 2 Aufl. Cartonnirt *M.* —.50.

Pathologische Anatomie.

Arbeiten aus dem patholog. Institut in München. Herausg. von **Prof. Dr. O. Bollinger.** (Münchener medicinische Abhandlungen. I. Reihe).

Heft 1: Die Kreuzotter, ihre Lebensweise, ihr Biss und ihre Verbreitung. Mit 1 Karte und 4 Abbildungen. Von Dr. A. Banzer. *M.* **1.60.**

Heft 2: Ueber Lebensdauer und Todesursachen bei den Biergewerben. Ein Beitrag zur Aetiologie der Herzerkrankungen. Von Dr. J. Sendtner. *M.* **1.—.**

Heft 3: Ueber Herzhypertrophie bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Von Dr. Max Dreysel. 31 Seiten. *M.* **1.—.**

Heft 4: Ueber Gallensteinkrankheiten. — Ueber eine seltene Haargeschwulst im menschlichen Magen Mit 1 Abb. Von Prof. Dr. O. Bollinger. 24 Seiten. *M.* **1.—.**

Heft 5: Ein Fall von Pero- und Amelie. Mit 4 Abbildungen. Von Dr. E. Ibener. *M.* **1.—.**

Heft 6: Ein Beitrag zur Aetiologie der Pneumonie. Von Dr. Richard Sachs. 20 Seiten. *M.* **1.—.**

Heft 7: Ueber den Einfluss der Verdünnung und der künstlich erzeugten Disposition auf die Wirkung des inhalirten tuberculösen Giftes. Mit 1 Tafel. Von Dr. A. Preyss. 16 Seiten. *M.* **1.—.**

Heft 8: Zur Morphologie der Schilddrüse des Menschen. Von Dr Karl Weibgen. 16 Seiten. *M.* **1.—.**

Heft 9: Ueber Beckenfrakturen. Mit 2 Abbildungen. Von Dr. Georg Michaelis. *M.* **1—.**

Heft 10: Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers in Gefängnissen. Von Dr. A. Kustermann. 21 Seiten. 8°. 1891. *M.* **1.—.**

Heft 11: Münchens Tuberculosemortalität in den Iahren 1814 bis 1888. Von Dr. M. Weitemeyer. 20 Seiten. 8°. 1892 *M.* **1.—.**

Heft 12: Zur Kenntniss der Phosphor-Nekrose. 30 Seiten mit 2 Abbildungen. 8⁰. 1892. **M 1.—.**

Heft 13: Ueber die vicariirende Hypertrophie der Leber bei Leberechinococcus Von Dr. M. Dürig. 23 Seiten mit 1 Abbildung. 8⁰. 1892. **M 1.—.**

Bauer, Jos. und **O. Bollinger,** Idiopathische Herzvergrösserungen. Mit 2 lithographischen Tafeln. 1893. **M 4—.**

Herzog, Dr. W., Die Rückbildung des Nabels und der Nabelgefässe mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese der Nabelhernien. 40 Seiten mit 8 Tafeln. 8⁰. 1892. **M 6.—.**

Huber, J. Ch., Bibliographie der klinischen Helminthologie.

Heft 1: Echinococcus cysticus. **M 1.80.**

Heft 2: Cysticercus cellulosae. Rud. **M 1.80.**

Heft 3/4: Die Darmcestoden des Menschen. Geschichte und Litteratur der Taenien und Bothriocephalen. **M 3.60.**

Heft 5/6: Ascaris, Oxyuris, Trichocephalus, Ankyloxomum, **M 3.60.**

Das Werk wird in 7 Lieferungen in Jahresfrist fertig vorliegen.

Kinderheilkunde.

Arbeiten a. d. k. Universitätskinderklinik zu München von **Prof. Dr. H. v. Ranke.** (Münchener medicin. Abhandlungen. II. Reihe).

Heft 1: Ueber das Auswandern von Ascaris lumbricoides aus dem Darme. 19 Seiten mit 2 Abbildungen. Von Dr. G. Borger. **M 1.—.**

Heft 2: Zwei Fälle von Leuchtgasvergiftung bei Kindern. Von Dr. Gottlieb Gnant. **M 1.—.**

Heft 3: Zur Kenntniss der diphtheritischen Albuminurie und Nephritis auf Grund klinischer und pathologisch-anatomischer Beobachtungen. Von Dr. Josef Kuck. **M 1.—.**

Heft 4: Beitrag zur Statistik und Casuistik der Gehirntuberkel bei Kindern. Von Dr Adolf Seidl. **M 1.—.**

Heft 5: Ein Fall von Aneurysma der Arteria basilaris bei einem siebenjährigen Knaben. Von Dr. Wilibald Oppe. M 1.—.

Heft 6: Zur Lebercirrhose im Kindesalter. Von Dr. Hermann Tödten. M 1.—.

Heft 7: Periostale Aplasie mit Osteopsathyrosis unter dem Bilde der sog. foetalen Rhachitis. Mit 1 lith. Tafel. Von Dr. S. Müller. 1893. gr. 8°. M 1.—.

Heft 8: Ueber Herzvergrösserung bei Scharlach und Diphtherie-Nephritis. Von Dr. Franz Jaeger. M 1.—.

Geburtshülfe und Frauenkrankheiten.

Amann, Dr. J. A. jun., Ueber Neubildungen der Cervicalportion des Uterus. 92 Seiten mit 12 Tafeln. 1892. M 6.—.

Arbeiten aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München. Herausgegeben von **Geheimrath Prof. Dr. F. v. Winckel.** (Münchener medicinische Abhandlungen IV. Reihe.)

Heft 1: Ueber Descensus und Prolapsus uteri in ätiologischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung. Von Dr. Paul Leverkühn. 35 Seiten. M 1.—.

Heft 2: Die puerperalen Todesfälle der Münchener Frauenklinik 1887/91. (Casuistisch-statistische Beiträge.) Von Dr. Max Madlener. M 1.—.

Heft 3: Narkosen mit Chloroformium medicinale Pictet. Von Dr. O. Hohenemser. M 1.—.

Bibliothek medicinischer Klassiker.

Band I: Soranus Ephesius, Frauenkrankheiten und Geburtshilfe. Uebersetzt von H. Lüneburg und mit medicinischen Noten versehen von J. Chr. Huber. 1893. Broschirt ca. M 4—.

Als weitere Bände sind in Aussicht genommen: Hippokrates, Celsus, Galenus u. a.

Schäffer, O., Taschen-Atlas der Geburtshilfe. Theil I: Der Geburtsakt, dargestellt in 98 colorirten Tafeln. 1892. In Leporello-Art, Leinwand M 4.—.

Geburtshülfliche Taschen-Phantome.

Von **Dr. K. Shibata.**

Mit einer Vorrede von **Professor Dr. Frz. Winckel.**

16 Seiten Text. Mit 7 Text-Illustrationen, zwei in allen Gelenken beweglichen Früchten und einem Becken.

Zweite vielfach vermehrte Auflage. Cartonnirt ℳ 3.—.



Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1891, Nr. 7: Meggendorfer's bewegliche Bilderbücher im Dienste der Wissenschaft. Der kleine Geburtshelfer in der Westentasche. Letzteres gilt buchstäblich, denn das niedliche, cartonnirte Büchelchen lässt sich in jedem Rockwinkel unterbringen. Es enthält ausser sieben Text-Illustrationen Phantome aus starkem Papier, nämlich ein dem Einbandcarton aufgeleimtes Becken u. zwei Früchte mit beweglichem Kopf und Extremitäten. Diese Früchte lassen sich in's Becken einschieben und daraus entwickeln; die eine von der Seite gesehene dient zur Demonstration der Gerad-, die andere, von vorn gesehene, zu derjenigen der Schieflagen.

Da auch der Rumpf durch ein Charnier beweglich gemacht ist, lassen sich die Einknickungen desselben bei Gesichts-, Stirn- und Vorderscheitelstellungen, sowie bei den Schieflagen naturgetreu nachahmen. Die Peripherie des Kopfes, welche bei den verschiedenen Lagen des letzteren als grösste das Becken passirt, sind am Phantom durch Linien bezeichnet, auf welchen die Grösse des betreffenden Umfanges notirt ist.

Mit diesem kleinen und leicht bei sich zu tragenden Taschenphantom kann sich Derjenige, welcher eine solche Nachhilfe wünscht, jederzeit äusserst leicht Klarheit über die Verhältnisse der Kindestheile zu den mütterlichen Sexualwegen verschaffen — die erste Bedingung für richtige Prognose und Therapie. *E. Haffter.*

Lehmann's medicin. Handatlanten

Band I.

Geburtshülfe

I. Theil.

Der Geburtsakt

dargestellt
in 98 Tafeln in Leporelloart
von

Dr. O. Schäffer,

Assistent an der kgl. Universitäts-Frauenklinik in München.

98 in zweifarbigem Druck ausgeführte Bilder.

Preis elegant gebunden
M. 4—.



verkleinerte, im Atlas farbig gedruckte Abbildung.

Urtheile der Presse:

Zeitschrift für ärztliche Landpraxis. Die Verlagshandlung beabsichtigt eine Reihe medicinischer Taschenatlanten erscheinen zu lassen, die das Gesammtgebiet der Medicin in klarer und übersichtlicher Weise zur Anschauung bringen soll. Das ist in der That in dem vorliegenden Werke für den Geburtsakt vollständig gelungen, dasselbe dürfte namentlich dem Anfänger in der Praxis ein willkommener Führer sein, der es ihm ermöglicht, sich mit einem Blick im gegebenen Falle rasch und gründlich zu orientiren, nicht nur bezüglich der Diagnose, sondern auch der einzuschlagenden Therapie. Bei näherer Durchsicht der sehr sorgfältig und verständlich ausgeführten Zeichnungen wird man es begreiflich finden, dass die erste Auflage bereits nach sechs Wochen vergriffen war. *S.*

Medico. Es liegt uns der erste Theil des ersten, die Geburtshilfe umfassenden Bandes vor. Derselbe zeigt in 98 wohlgelungenen Tafeln, von Dr. O. Schäffer's kundiger Hand entworfen, die Entwickelung der verschiedenen Geburtslagen in ihren einzelnen Etappen. Die Bilder führen die allmählichen Uebergänge der sich entwickelnden Bewegung so instructiv vor Augen, dass es kaum des kurzgefassten beigegebenen Textes für das Verständniss bedurft hätte. Dem praktischen Arzte wird das Werkchen ebenso willkommen sein, wie dem Studirenden. Mögen die folgenden Bände allen Anforderungen so entsprechen, wie der uns vorliegende Band!

Hygiene.

Arbeiten aus dem hygienischen Institute in München. Herausgegeben von **Geheimrath Prof. Dr. Max v. Pettenkofer.** Heft 4. (Münchener medicin. Abhandlungen V. Reihe.)

Heft 1: Die Schwemmkanalisation in München. Von Max v. Pettenkofer. 16 Seiten. *M.* **1.–.**

Heft 2: Die Fehlböden (Zwischendecken). Ihre hygienischen Nachtheile und deren Vermeidung. Von Dr. Heinzelmann. 36 Seiten. *M.* **1.—.**

Heft 3: Acht Thesen gegen die Münchener Schwemmkanalisation. Besprochen von Max v. Pettenkofer. *M.* **1.—.**

Heft 4: Ueber Cholera mit Berücksichtigung der jüngsten Choleraepidemie in Hamburg. Von Max v. Pettenkofer. *M.* **1.—.**

Einleitung der Fäkalien Münchens in die Isar. Protokoll der Sitzung des erweiterten Obermedicinal-Ausschusses. 73 Seiten. 1892. gr. 8°. *M.* **1.20.**

Grundler, Dr. M., Der klimatische Gebirgskurort Heilbrunn und seine jodhaltige Bromquelle « die Adelheidsquelle ». *M.* **—.80.**

Massregeln gegen die Cholera. *M.* **—.20.**

Prausnitz, Dr. W., Zur Einführung der Schwemmkanalisation in München. Offener Brief an Prof. Alex. Müller in Berlin. *M.* **—.60.**

Ripperger, A., Die Influenza. Ihre Geschichte, Epidemiologie, Aetiologie, Symptomatologie und Therapie, sowie ihre Complicationen und Nachkrankheiten. Mit 4 Tafeln. 1892. Brosch. *M.* **10.—.**

Soxhlet, Ein verbessertes Verfahren der Milch-Sterilisirung. 24 Seiten. 1891. *M.* **—.80.**

Soxhlet, Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch und die Mittel zu ihrer Ausgleichung. 1893. *M.* **—.60.**

Weber, Dr. H., Ueber den Einfluss der klimatischen Boden- und gesellschaftlichen Verhältnisse auf das Vorkommen und den Verlauf der Lungentuberculose. *M.* **—.60.**

Grundzüge der Hygiene

von

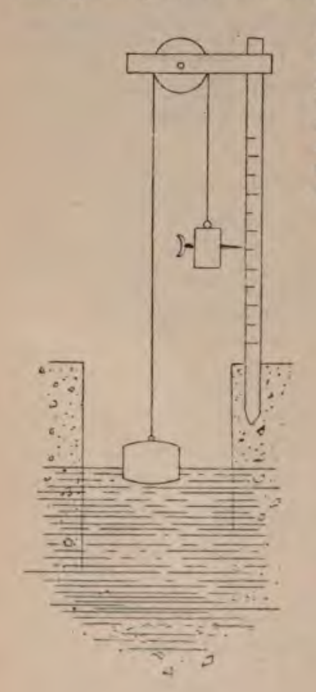
Dr. W. Prausnitz,

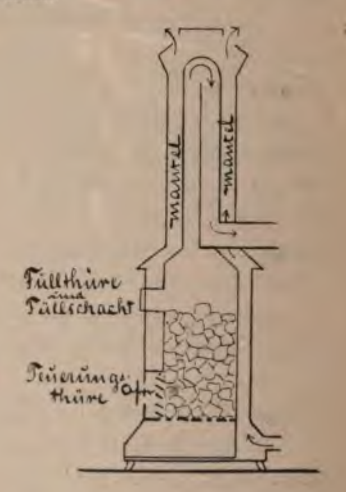
Privatdocent an der Universität und der technischen Hochschule in München.

Für Studirende an Universitäten und technischen Hochschulen, Aerzte, Architekten und Ingenieure.

Mit 137 Original-Abbildungen. Preis broschirt *M.* **6.50**, geb. *M.* **7.50.**

Vereinsblatt der pfälz. Aerzte, 1892, Nr. 2: Das neue Lehrbuch der Hygiene ist in seiner kurz gefassten, aber präcisen Darstellung vorwiegend geeignet zu einer raschen Orientirung über das Gesammtgebiet dieser jungen Wissenschaft. Die flotte, übersichtliche Darstellungsweise, Kürze und Klarheit, verbunden mit selbstständiger Verarbeitung und kritischer Würdigung der neueren Monographien und Arbeiten, Vermeidung alles unnöthigen Ballastes sind Vorzüge, die gerade in den Kreisen der praktischen Aerzte und Studenten, denen es ja zur Vertiefung des Studiums der Hygiene meist an Zeit gebricht, hoch geschätzt werden.





Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht über Verhandlungen des Vereins der deutschen Irrenärzte

I. **Psychiatrie und Seelsorge.** Mit Berücksichtigung des in der Konferenz des Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger von den Pastoren v. Bodelschwingh, Hafner und Knodt vertretenen Standpunkt. Von Siemens-Lauenburg i B. und Zinn senior in Eberswalde.

II. **Reform des Irrenwesens in Preussen** und zur Abänderung des Verfahrens in Entmündigungssachen wegen Geisteskrankheiten. Von Zinn senior in Eberswalde und Pelmann in Bonn. 1893. circa *M.* **1.50.**

Grashey, H., Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blut-Circulation in der Schädel-Rückgratshöhle. 75 Seiten mit 35 Abbildungen. Fol. 1892. Broschirt *M.* **10.—.**

Hoesslin, R. v., Ueber die Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und die Vortheile localer Kältereize bei denselben. 23 Seiten. 8°. 1892. *M.* **1.—.**

Loewenfeld, L., Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. 53 Seiten 8°. 1892. *M.* **1.60.**

Moebius, P. J., Ueber infantilen Kernschwund. 34 Seiten. 8°. 1892. *M.* **1.—.**

Ringier, G., Erfolge des therapeutischen Hypnotismus in der Landpraxis. Mit einem Vorwort von Aug. Forel 1891. Broschirt *M.* **5.—**, gebunden *M.* **6.—.**

von Schrenk-Notzing, Ueber Suggestion und suggestive Zustände. 40 Seiten. 1893. *M.* **1.—.**

Snell, O., Hexenprocesse und Geistesstörung. Psychiatrische Untersuchungen. 130 Seiten 8°. 1891. Broschirt *M.* **4.—.**

Strümpell, Ad., Ueber Wesen und Behandlung der tabes dorsalis. 22 Seiten 8°. 1890. Broschirt *M.* **—.60.**

M FT

OI ZTE

Dr. chel,
Dr. ssen.

stützt
du r die
Lei alle
die eicht
die lten.
iten:
anat.
Ins ugen-
klin burg:
Me Oph-
tha stitut.
Gie Chir.
Kli berg:
Me Med.
Kli Klinik.
Mü linik,
Chi rium,
Pat ngen:
Me linik,
Op asen-,
Ra kolog.
Ins rich:
Me

erate
un chen
Lit ieren
ärz und
Pr medi-
cin aus.
era-
pe täts-
un eben
fer eine
un ... vielseitigkeit.

Eine Gratis-Beilage zur Münchener medicinischen Wochenschrift bildet die **„Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher"**; bisher erschienen die Porträts von Koch, v. Nussbaum, Lister, v. Pettenkofer, Pasteur, v. Naegeli, v. Gudden, v. Scanzoni, v. Helmholtz, Virchow, v. Volkmann, v. Seitz, v. Brücke, v. Baer, Credé, Thiersch etc. etc.

Probenummern stehen gratis und franco zur Verfügung.

Preis pro Quartal M. 5.—.

Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

Berzelius und Liebig, Ihre Briefe von 1831—1845 mit erläuternden Einschaltungen und gleichzeitigen Briefen von Liebig und und Wöhler sowie wissenschaftlichen Nachweisen herausgegeben mit Unterstützung der kgl. bayer. Akademie der Wissenschaften von Justus Carrière. Preis elegant gebunden 7 M,

Prior, J.,
Einw
Erkr

Scholl, R
Verg
säure

Tappeiner
Phar
phar

Städt

Im V

Band
früher di
dieser Ba
träge un
Annalen

